Изъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора
А. И. Лебедева

[illegible] енно-
медицинской Академіи въ 1887 [illegible] году.

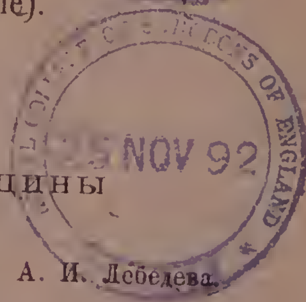
№ 83.

КЪ ВОПРОСУ
о
РАДИКАЛЬНОМЪ ХИРУРГИЧЕСКОМЪ ЛЕЧЕНІИ
РАКА МАТКИ.

Amputatio et exstirpatio uteri totalis per vaginam.

(Историко-статистическое изслѣдованіе).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ



лекаря **Владиміра Петрова,**
ординатора Акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были: профессоры А. И. Лебедевъ и К. Ф. Славянскій и приватъ-доцентъ Д. О. Оттъ

No. 83.—Dr. Petroff: Radical Treatment of Uterine Cancer by Amputation and Total Extirpation of the Uterus per Vaginam. A few original cases are given, and voluminous tables with a good deal of detail referring to several hundred operations by surgeons of all countries.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Н. А. Лебедева, Невскій проспектъ, д. № 8.
1888.

Изъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора
А. И. Лебедева

Серія диссертацій, защищавшихся въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1887—88 учебн. году.

№ 83.

КЪ ВОПРОСУ
о
РАДИКАЛЬНОМЪ ХИРУРГИЧЕСКОМЪ ЛЕЧЕНІИ
РАКА МАТКИ.

Amputatio et exstirpatio uteri totalis per vaginam.

(Историко-статистическое изслѣдованіе).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лекаря **Владиміра Петрова**,
ординатора Акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были: профессоры А. И. Лебедевъ и К. Ф. Славянскій и приватъ-доцентъ Д. О. Оттъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія **Н. А. Лебедева**, Невскій проспектъ, д. № 8.
1888.

Докторскую диссертацію лекаря *Владиміра Петрова*, подъ заглавіемъ «Къ вопросу о радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Апрѣля 18 дня 1888 г.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ*.

Предисловіе.

Вопросъ о леченіи рака матки давно служилъ камнемъ преткновенія, о который разбивались лучшія желанія придти на помощь страждущей женщинѣ.

Вопросъ о *радикальномъ* леченіи рака матки также не новый вопросъ; его поднимали еще въ то время, когда недостаточно даже умѣли отличать собственно ракъ матки отъ другихъ заболѣваній ея. И какихъ только средствъ не предлагалось съ давняго времени, какъ специфическихъ противъ рака матки! Но изъ исторіи медицины всякому извѣстенъ тотъ печальный фактъ, что гдѣ больше средствъ, а тѣмъ болѣе специфическихъ, противъ какой-нибудь болѣзни, тамъ именно медицина всего безпомощнѣй.

Лишь съ того времени, какъ микроскопическія изслѣдованія все больше и больше стали освѣщать прежде темное ученіе о ракѣ, когда постепенно стала яснѣе гистологическая натура, характеръ и пути распространенія его, когда клиническую картину этого страданія стали изучать съ большей тщательностью,—тогда только стало очевидно, при какихъ условіяхъ и въ чемъ именно нужно искать возможности излеченія отъ этой страшной болѣзни. Фактъ *дѣйствительной возможности радикальнаго леченія рака матки* сталъ на реальную почву только съ тѣхъ поръ, когда, вмѣстѣ съ кореннымъ измѣненіемъ ученія о ракѣ, взамѣнъ прежняго ужасающаго арсенала лекарственныхъ веществъ, единственнымъ средствомъ для этого стали считать хирургическое леченіе. Но вмѣстѣ съ

введеніемъ и постепеннымъ развитіемъ оперативнаго леченія, сталъ наростать вопросъ о томъ, какъ глубоко въ здоровой ткани нужно отнимать пораженное мѣсто? Вопросъ о радикальности такихъ оперативныхъ пріемовъ, какъ выскабливаніе и прижиганіе, скоро занялъ подобающее имъ въ этомъ смыслѣ мѣсто и ядромъ недоразумѣній остались только ампутація маточной шейки и влагалищная экстирпація всего органа.

До 1878 года, т. е. до времени возстановленія полной экстирпаціи матки,—вопросъ о преимуществахъ этихъ двухъ операцій ни разу, собственно говоря, не обсуждался строго. Но съ тѣхъ поръ, какъ операція вылущенія матки стала давать все меньшій и меньшій процентъ смертности и изъ числа „фатальныхъ" перешла въ рядъ обыкновенныхъ операцій, вопросъ о преимуществахъ ампутаціи и экстирпаціи поднялъ въ западной Европѣ страшную бурю, которая и теперь далеко еще не улеглась... Онъ сталъ настолько сильнымъ, что породилъ собою отдѣльныя секты, представители которыхъ—съ одной стороны—совершенно отрицаютъ (Rokitansky, Jackson) полную экстирпацію, съ другой (Martin, Leopold, Munde) совершенно оставили ампутацію маточной шейки, какъ операцію безнадежную въ смыслѣ радикальнаго леченія.

Въ своей работѣ мы желали путемъ статистическимъ подойти къ посильному отвѣту о сравнительныхъ преимуществахъ каждой изъ названныхъ операцій. Такой путь, при общеизвѣстной—съ одной стороны—неудовлетворительности, можетъ, однако, сослужить немалую службу въ рѣшеніи наболѣвшаго у гинекологовъ вопроса о леченіи рака матки. Не выясняя, почему получается такой-то фактъ, онъ констатируетъ только самый фактъ, голый, но несомнѣнный.

Насколько избраннымъ путемъ намъ удалось подойти къ рѣшенію поставленной задачи—судить не намъ.

Feci, quod potui.

На вопросъ,—можетъ-ли быть нужда въ подобной работѣ

у насъ,—мы съ положительностью отвѣтимъ въ утвердительномъ смыслѣ. Ракъ матки встрѣчается въ Россіи, по всей вѣроятности, не рѣже, чѣмъ въ западной Европѣ, и на имѣвшійся, напр., въ нашемъ распоряженіи матеріалъ, въ количествѣ 5041 (2137 амбулаторіи клиники проф. А. И. Лебедева и 2904 амбулаторіи Маріинской больницы) случаевъ заболѣванія женской половой сферы ракъ матки былъ опредѣленъ 177 разъ=3,5%, что вполнѣ совпадаетъ съ цифрой (3,1%) Hofmeier'a. Между тѣмъ, у насъ, кромѣ отдѣльныхъ журнальныхъ статей немногихъ, примѣнявшихъ операцію полнаго удаленія матки, ничего нѣтъ въ смыслѣ болѣе или менѣе полнаго пересмотра и сравненія успѣховъ этой операціи и ампутаціи маточной шейки по поводу рака.

Этотъ пробѣлъ мы и желали пополнить.

Состоя болѣе трехъ лѣтъ въ качествѣ ординатора при клиникѣ *Профессора Алексѣя Ивановича Лебедева*, мы пользуемся случаемъ принести здѣсь нашу самую сердечную благодарность, какъ ученикъ своему дорогому учителю. Кромѣ этой, такъ сказать, давней уже нашей благодарности, мы искренне признательны *Профессору Лебедеву* также за предложеніе настоящей темы, за совѣты при разработкѣ ея и за любезно предоставленный намъ клиническій матеріалъ по ампутаціи и экстирпаціи матки.

I.

Историческія замѣчанія.

Операція удаленія всей матки имѣетъ для себя уже съ давнихъ поръ главнымъ образомъ два показанія: неустранимые инымъ путемъ, по той или другой причинѣ, выворотъ или выпаденія этого органа и различныя (ракъ, фибромы, саркомы и пр.) новообразованія матки, когда, слѣдовательно, органъ удалялся in situ. Въ то время, какъ для первой операціи существовалъ всегда только одинъ путь, именно вырѣзываніе матки снизу, вторая въ различныя времена своего существованія выработала для себя два способа: per laparotomiam и per vaginam.

Обыкновенно исторію операціи вырѣзыванія матки относятъ лѣтъ за 100 по Р. Х., когда *Соранъ*, *Аэцій* и *Павелъ Эгинскій* [1]) высказались за нее, какъ операцію теоретически возможную, и которую будто-бы уже въ то время хирурги дѣлали. Но вторая половина этихъ словъ не констатирована, какъ признается, напр., тотъ-же *Winkel* [2]), который самъ начинаетъ исторію операціи такъ исторически глубоко. Не беря на себя смѣлости совершенно опускать значеніе почтенной старины въ исторіи этой операціи, въ насъ однако глубоко коренится убѣжденіе, что если и относить такъ далеко начало ея, то нельзя не усомниться въ научномъ значеніи тѣхъ фактовъ, которые связываются съ самымъ отдаленнымъ временемъ.

---

[1]) Павелъ Эгинскій съ положительностію говоритъ: «Но если съ теченіемъ времени то, что выпало, подвергается омертвенію, то нужно его устранить, не боясь опасности. Упоминаютъ случаи, въ которыхъ *женщины остались живыми по удаленіи всей матки*, если она нагнаивалась». Оперативн. Гинек. Хегара и Кальтенбаха. Перев. Штоля. 1875, стр. 220.

[2]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886. Leipzig.

Не говоря о такихъ случаяхъ, когда вывороченную и выпавшую матку отрѣзывали невѣжественныя бабки (*Wrisberg*, *Bernard*) или случай гдѣ цирульникъ, желая выдѣлить послѣдъ, прорвалъ задній сводъ и, вмѣсто послѣда, вырвалъ всю матку ex situ (*Breslau*), есть несомнѣнныя данныя утверждать, что часто, удаливъ всю матку, даже операторъ-врачъ, только разсматривая препаратъ, узнавалъ о томъ, какую операцію онъ сдѣлалъ. Таковъ случай есть у *Rhamsbotam*'а, который разсказываетъ, что врачъ принялъ вывороченную матку за головку втораго плода и вырвалъ ее щипцами. Кромѣ того, въ литературѣ можно встрѣтить не мало данныхъ, глубоко подрывающихъ довѣріе къ описаніямъ древнихъ авторовъ еще и потому, что въ концѣ описанія самаго факта произведеннаго хирургическаго пособія, желая убѣдить во всей пользѣ описываемой имъ операціи, авторъ имѣлъ неосторожность прибавить, что женщина послѣ этого черезъ нѣсколько времени забеременила и благополучно родила (*Хегаръ и Кальтенбахъ*).

Но однако какъ-бы ни были малозначущи въ научномъ отношеніи подобные случаи, они несомнѣнно дали толчокъ операціи вырѣзыванія матки въ томъ смыслѣ, что она изъ случайной стала на раціональную почву.

Если прежде вырѣзывали и вырывали матку, дѣлая это безсознательно, то тотъ фактъ, что женщины могутъ переносить лишеніе такого органа и способны продолжать дальнѣйшее существованіе, далъ мысль производить вырѣзываніе матки, при подходящихъ къ тому показаніяхъ, уже *съ ясно сознаваемой цѣлью операціи*. Таковую операцію производили: *Ambroise Paré*, *Petit*, *Carpi Sclevogt*, *Vater Lautamer*, *Bonchet*, *Bondol*, *Dessault*, *Hunter*, *Chevalier*, *Johnson*, *Hamilton*, *Clarke*, *Windlov*, *Davis*, *Hull*, *Blondel*, *Moss*, *Wiliams*, *Niwnham*, *Higgins*, *Harrison*, *M'Clintock* (2 случая) и другіе.

Изъ 50 случаевъ *West*'а въ 36 операція увѣнчалась успѣхомъ; въ 2 хъ случаяхъ она не могла быть кончена, 12 оперированныхъ умерло.

Всѣ эти операціи производились то разнообразными варіаціями способа отдавливанія тканей, то прямо ножемъ. Мы не входимъ въ подробности этихъ манипуляцій, не желая врываться въ исторію такого оперативнаго пріема, который только косвеннымъ путемъ служилъ къ раз-

витію интересующей насъ операціи, именно влагалищной экстирпаціи матки по поводу рака ея.

Какъ перваго, кто произвелъ операцію удаленія матки по поводу собственно рака ея, *Winckel* [1]) и *Kocks* [2]) указываютъ *Andreas*'а *Cruce*; причемъ *Kocks* выражается, что въ этомъ случаѣ операція была произведена «*lege artis*». Но у этихъ авторовъ выходитъ большое несогласіе въ хронологіи самаго факта; такъ первый относитъ его къ 1560 г., а второй ровно на 100 лѣтъ позже. Кромѣ того, эти авторы не указываютъ, была-ли операція произведена in situ, или же при выпаденіи раковой матки. Но на основаніи сопоставленія нѣкоторыхъ историческихъ данныхъ, можно думать, что эта операція, — къ какому бы изъ указанныхъ столѣтій она ни относилась, произведена на выпавшей маткѣ, такъ какъ несомнѣнные факты оперированія in situ относятся, какъ мы тотчасъ увидимъ, къ значительно болѣе позднему времени.

Удаленіе *выпавшей* матки по поводу рака производили *Wrisberg* и *Monteggia* въ концѣ прошлаго столѣтія; *Marschal* въ 1794 г. и *Langenbeck* (отецъ) въ 1813 году [3]).

Въ 1810 году, вѣнская академія короля Іосифа, видя всю безпомощность медицины въ борьбѣ съ карциноматознымъ заболѣваніемъ матки, и желая поощрить дѣятелей того времени въ изысканіи способа борьбы противъ этой страшной болѣзни, предложила свою извѣстную премію тому, кто указалъ бы радикальное средство противъ рака матки.

И только въ 1814 г., отвѣчая на это предложеніе академіи,

[1]) l. c.

[2]) Archiv f. Gynäk B. XIV. H. I.

[3]) Операція Langenbeck'а, надѣлавшая въ свое время такъ много шума, описана авторомъ совершенно непонятно. Операторъ самъ говоритъ, что онъ постепенно вылущалъ органъ экстраперитонеально; при чемъ остался небольшой участокъ дна матки. «При операціи были удалены оба яичника и ligg. rotunda». Операцію эту сейчасъ же нельзя было провѣрить, потому что экстирпированная матка была «случайно» выброшена. Паціентка, какъ извѣстно, прожила болѣе 30 лѣтъ, и на вскрытіи, произведенномъ Max'омъ Langenbeck'омъ (сынъ) части дна матки, не удаленной будто-бы при операціи, не нашли; но оба яичника были на лицо. Cfr. M. Langenbeck, de totius uteri extirpatione. Diss. Göttingen. 1842.

первый выступилъ *Gutberlet* [1]) съ своимъ методомъ, по которому матка in situ вылущалась чрезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ.

Слѣдовательно, по нашему мнѣнію, операцію вырѣзыванія матки n situ нужно считать только со времени предложенія Gutberlet'a. По способу этого хирурга впервые произвели эту операцію Langenbeck въ 1825 году.

Больная умерла на слѣдующій день отъ перитонита.

Удаленіе-же матки собственно *черезъ влагалище* впервые предложилъ *въ 1822 году Sauter* изъ Констанца. Къ своему глубокому сожалѣнію, мы не могли найти подлинникъ его диссертаціи (Die Gänzliche Extirpation der carcinomatosen Gebärmutter. Constanz. 1822), и потому не можемъ здѣсь привести его способъ въ томъ первоначальномъ видѣ, какъ предложилъ его авторъ, а сдѣлаемъ коротенькую выписку изъ руководства *Hegar* и *Kaltenbach*'a [1]). *Sauter* прежде всего отдѣлилъ сводъ рукава отъ матки и попробовалъ, по совѣту Langenbeck'a, вылущать матку изъ ея серознаго покрова. Когда это ему не удалось, поранивъ мочевой пузырь, онъ вскрылъ переднюю складку брюшины между маткою и мочевымъ пузыремъ и отдѣлилъ

---

[1]) Способъ Gutberlet'a: 1) Rectum и пузырь освобождаются отъ содержимаго; рукавъ выспринцовывается. На высокомъ столѣ горизонтальное положеніе; подъ тазъ подушку для предупрежденія «нанпранія кишекъ внизъ». 2) Операторъ съ лѣвой стороны. Разрѣзъ по linea alba, какъ при кесарскомъ сѣченіи. 3) Помощникъ (справа) вводитъ смазанную масломъ правую руку въ разрѣзъ такимъ образомъ, чтобы ладонная поверхность была обращена кверху, и этой рукой приподнимаетъ изъ таза и удерживаетъ кишки. 4) Другой помощникъ вводитъ эллиптическій зондъ во влагалище такъ, что бы portio vag. вставилась въ полости этого зонда. Напирая зондомъ кверху и кпереди, всѣ окружающія матку ткани вытягиваются, и краями чашки зонда хирургъ руководится при дальнѣйшемъ разрѣзѣ. 5) Операторъ, опредѣлившп черезъ брюшную рану зондъ, дѣлаетъ вокругъ него скалпелемъ разрѣзъ въ тѣхъ частяхъ, которыя были натянуты. Помощникъ въ это время продвигаетъ зондъ все выше и выше. 6) Вырѣзанная такимъ образомъ, матка извлекается изъ брюшной полости пальцами или щипцами. 7) Во время экстирпаціи помощникъ, удерживающій кишки, прижимаетъ въ тоже время указательнымъ и первымъ пальцами обѣ подвздошныя артеріи, при чемъ къ концу операціи,— 8) по временамъ приподнимаетъ пальцы, чтобы сдѣлать видными кровоточащіе сосуды, которые теперь операторъ и перевязываетъ. Въ рукавъ вводится тампонъ со styptica на ниткѣ, выходящей изъ половой щели. 9) Брюшная полость очищается губкой. Края брюшной раны сшиваются или сводятся до соприкосновенія при помощи бинта. E. von Siebolds Journal B. I. S. 228.

[2]) Hegar und Kaltenbach. Operative Gynäkologie. 1884.

боковыя соединенія матки съ трубами и широкими связками. Затѣмъ онъ захватилъ тою-же рукой дно матки, повернулъ его внизъ и отдѣлилъ послѣднюю связь ея съ заднимъ сводомъ рукава. Выпавшія кишки были вправлены, больная положена совершенно горизонтально и рукавъ затампонированъ корпіей, напитанной растворомъ квасцовъ (*Sänger*). Судя по разсказу, больная не потеряла болѣе $1^1/_2$ фунта крови, она вполнѣ поправилась отъ операціи, тотчасъ могла даже приняться за свои обычныя занятія, но умерла 4 мѣсяца спустя отъ отека легкихъ. При вскрытіи перерѣзанные своды рукава найдены концентрически стянутыми; къ поверхности разрѣза, обращенной въ cavum peritonei, приросла петля тонкой кишки. Брюшные органы были совершенно здоровы» [1]).

Слѣдовательно операція начата отдѣленіемъ передняго свода съ разрѣзомъ plicae Duglasii, послѣдовательнымъ отдѣленіемъ боковой клѣтчатки, перепрокидываніемъ матки и, наконецъ, закончилась разсѣченіемъ ея послѣдняго соединенія въ заднемъ сводѣ. Отверстіе не зашивалось. Какъ останавливалось кровотеченіе и удалены-ли яичники,—неизвѣстно.

Blundel [2]), который замѣчаетъ въ своей работѣ между прочимъ такъ: «если можно удалить съ успѣхомъ ракъ губы (на лицѣ), то мнѣ кажется, что подобнаго-же успѣха можно ожидать и отъ удаленія злокачественнаго скирра матки»,—въ 1828 году сдѣлалъ подобную-же операцію и такъ описываетъ свой случай: «я началъ съ того, что провелъ указательный и второй пальцы лѣвой руки къ линіи соединенія между затвердѣлою и здоровою частями влагалища и потомъ, взявъ ножъ въ правую руку, я могъ по усмотрѣнію положить ножъ плашмя на концы этихъ пальцевъ и погрузить конецъ инструмента нѣсколько позади верхушки ихъ. Верхушка указательнаго пальца превращается такимъ образомъ въ рѣжущее оружіе и мало по малу постепенно пролагаетъ себѣ дорогу чрезъ заднюю часть влагалища къ прямой кишкѣ, такъ чтобы вникнуть въ ректовагинальную часть полости брюшины; я часто вынимаю ножъ, для того,

---

[1]) Способъ Sauter'а болѣе подробно описанъ въ диссертаціи д-ра *Заяицкаго*, и описаніе его нѣсколько разнится отъ только что приведеннаго нами по *Hegar*'у *Kaltenbach*'у. Чѣмъ объяснить это разногласіе,—мы не знаемъ, такъ какъ въ нашемъ распоряженіи, какъ мы уже сказали,—подлинника не было.

[2]) Lancet. Aug. 1828.

чтобы помѣстить верхушку его возлѣ концовъ пальцевъ и потомъ произвожу точное изслѣдованіе, чтобы убѣдиться, прободено-ли вполнѣ влагалище. Произведя такимъ образомъ узкое отверстіе въ задней части влагалища, черезъ это отверстіе проводится первый суставъ указательнаго пальца, такъ чтобы расширить его нѣсколько. Сдѣлавъ это, я приступилъ къ произведенію поперечнаго разрѣза, т. е. отъ бедра къ бедру, ведя съ этою цѣлью палецъ отъ сдѣланнаго уже отверстія во влагалищѣ къ корешку широкой связки на лѣвой сторонѣ, такъ чтобы произвести широкое отверстіе. Я беру потомъ второй скальпель, имѣющій острый край на противуположной сторонѣ и, положивъ этотъ инструментъ на указательный палецъ какъ прежде (такъ, однакожъ, чтобы острый край выдавался на другой сторонѣ пальца), я веду палецъ, вооруженный такимъ образомъ отъ средины влагалища, гдѣ начатъ первый разрѣзъ, до корешка широкой связки правой стороны, такъ чтобы больная и здоровая части влагалища были сзади раздѣлены одна отъ другой».

«Раздѣливъ потомъ такимъ образомъ заднюю часть влагалища я погрузилъ лѣвую руку въ полость влагалища, послѣ чего провелъ первый и второй пальцы чрезъ поперечное отверстіе вдоль задней части матки: этотъ органъ лежитъ, какъ обыкновенно, вблизи края таза съ рыльцемъ, обращеннымъ назадъ, дномъ впередъ, нѣсколько возвышенъ надъ лобковымъ сочлененіемъ.

«Предпославъ этотъ маневръ, взявъ тупой крючекъ надѣтый на прутъ, имѣющій 8 д. длины, я провелъ его въ брюшную полость чрезъ поперечное отверстіе и, съ небольшою болью для паціентки, ввелъ его сзади въ матку вблизи дна ея и потомъ, низводя матку внизъ и кзади по направленію къ копчиковой кости, я провелъ пальцы вверхъ и впередъ и успѣлъ наконецъ помѣстить верхушки ихъ надъ дномъ матки на подобіе тупаго крючка; послѣ чего, производя на матку давленіе по направленію кзади, я скоро низдавилъ ее внизъ въ ладонь лѣвой руки, потомъ помѣстилъ ее во влагалищѣ, гдѣ при этой части операціи, можно было-бы видѣть болѣзненную массу, располагая ее въ самой половой щели. Процессъ удаленія доведенъ былъ до этого пункта: болѣзненная масса оставалась въ связи со стѣнками таза посредствомъ фаллопіевыхъ трубъ и широкихъ связокъ и съ пузыремъ посредствомъ брюшины, передней стѣнки влагалища и межуточной клѣтчатки; части эти были легко раздѣлены и болѣзнен-

ная масса была удалена. Широкія связки были перерѣзаны тотчасъ у стѣнокъ матки и при раздѣленіи влагалища была предпринята осторожность, чтобы не ранить шейки мочевого пузыря и мочеточниковъ. Потеряно было всего 4 или 5 унцій крови и лигатуры оказались излишними. Паціентка страдала весьма мало и легко выздоровѣла». Описаніе было публиковано 5 мѣсяцевъ спустя послѣ операціи, въ то время когда паціентка находилась въ хорошемъ состояніи здоровья».

«Читая описаніе этой героической операціи, не знаешь, говоритъ *проф. Лебедевъ* [1]), чему больше удивляться: смѣлости ли хирурга, или выносливости больной! Послѣдняя заслуживаетъ по моему большаго удивленія».

Но особенно много шуму надѣлала эта операція, произведенная въ 1829 г. *Recamier* [2]). Случай его съ изложеніемъ хода операціи таковъ: «задняя губа устья матки была разрушена; передняя, выдававшаяся больше чѣмъ на полдюйма, была шероховата, бугриста и изъязвлена внутри. Устье матки было широкимъ и палецъ весьма легко проникалъ въ полость его, вслѣдствіе размягченія стѣнокъ, утолщенныхъ развитіемъ фунгозныхъ наростовъ и энцефалоидныхъ опухолей. Задняя стѣнка влагалища была изъязвлена на разстояніи дюйма. Прямая кишка и пузырь были въ здоровомъ состояніи и свободны отъ сращеній. Животъ былъ мягокъ, нечувствителенъ, пульсъ скорый, языкъ чистъ». Рѣшено было произвести операцію. «Паціентка была помѣщена на спинѣ, какъ при операціи литотоміи; выдающаяся часть шейки матки была схвачена парою мюзеевскихъ щипцовъ и сдѣлано легкое потягиваніе съ цѣлью низвести матку насколько возможно болѣе. Эта часть операціи была самою болѣзненною».

Послѣ осмотра прямой кишки *Recamier* приступилъ къ вырѣзанію влагалища, что онъ произвелъ бистуреемъ «en rondache» въ томъ мѣстѣ, гдѣ слизистая оболочка влагалища загибается на шейку матки. Палецъ былъ введенъ въ разрѣзъ съ цѣлью отдѣлить матку отъ мочеваго пузыря, что было произведено на разстояніи двухъ дюймовъ. Брюшина была потомъ перерѣзана, затѣмъ связки матки,

---

[1]) О ракѣ матки. Отд. отт. 1885 г., стр. 20.

[2]) Recherches su lar traitement du cancer. I.

помощью тупоконечнаго бистурея. До сихъ поръ паціентка не потеряла ни унціи крови и не жаловалась почти на боль. На широкія связки, послѣ ихъ раздѣленія, была наложена лигатура. По совершеніи этого, тѣло матки было низведено; щипцы оставлены и операторъ раздѣлилъ заднюю стѣнку влагалища, равно какъ и складку брюшины, соединявшую матку съ сосѣдними частями, и удаленіе матки было исполнено.

Наконецъ, *въ 1830 году Delpech* предложилъ комбинацію Sauter-Gutberlet'овскаго способа, назвавъ ее «гипогастрическимъ» или вѣрнѣе «hypogastrico-vaginal'ьнымъ методомъ». Для выполненія его «матка должна быть со стороны брюшныхъ покрововъ сильно низдавлена, и соединеніе ея съ мочевымъ пузыремъ должно быть отдѣлено со стороны рукава. Теперь только дѣлаютъ разрѣзъ по бѣлой линіи, матка, которая за широкую связку притягивается вверхъ, по обѣимъ сторонамъ перерѣзывается, и перевязываются также сосуды связокъ, и въ концѣ-концовъ отдѣляется соединеніе матки съ прямою кишкою» *(Hegar und Kaltenbach).*

Съ легкой руки *Sauter*'а, удаленіе матки черезъ рукавъ стало производиться очень многими, и впервые-же годы существованія этой пераціи можно насчитать случаевъ до 20. По одному разу ее дѣлали: *Sauter*, *Holsch*, *Barnes*, *Lizars*, *Dubled*, 2 раза *Siebold*, 4 раза *Blundel*, три раза *Recamier*, *Roux*, *Gendrin*, *Delpech* и другіе.

Мы мало ошибемся, если скажемъ, что на этомъ или *почти на этомъ* зиждется все прошлое нашей операціи вплоть до 1844 года, когда ее впервые примѣнили у насъ въ Россіи два профессора хирургіи казанскаго университета *А. Китеръ* и *Ф. Елачичъ* [1]) и *Hennig* въ 1876 году.

И такъ, въ теченіи болѣе 60 лѣтъ со времени предложенія *Gutberlet'a* и болѣе 50 отъ начала оперированія по способу *Sauter*, общее число оперированныхъ по этимъ обоимъ способамъ ограничивается двадцатью, тридцатью случаями. Причиной такого неширокаго примѣненія, повидимому, благодѣтельной операціи нужно указать то несовершенство техники, какое кроется въ этихъ начальныхъ способахъ. И не мудрено поэтому, если рядъ несчастныхъ

---

[1]) Записки по части врачебныхъ наукъ. Годъ 5-й, книжка 4-я. 1847. Спб.

случаевъ, кончавшихся: то отъ первичнаго или вторичнаго кровотеченія, то отъ shok'а и септическаго зараженія, то не увѣнчавшихся желаннымъ результатомъ въ смыслѣ радикальности излеченія, для котораго рѣшались на такую, опасную въ то время операцію, не давалъ надежды дѣятелямъ того времени шире примѣнять ее. Она, какъ мы видѣли изъ предъидущаго, не забывалась совершенно, но примѣнялась слишкомъ рѣдко, и при томъ, почти въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ новымъ операторомъ, который какъ-бы хотѣлъ попробовать свои силы въ новомъ дѣлѣ. При такихъ условіяхъ, очевидно, операція не могла развиваться.

«По тщательномъ разсмотрѣніи результатовъ операціи при положеніи матки in situ, трудно въ самомъ дѣлѣ, говоритъ *Чöрчиллъ*[1]), представить доказательства въ пользу операціи, за исключеніемъ развѣ того отвращенія, какое испытываетъ каждый въ виду совершенной потери надежды доставить паціенткѣ облегченіе отъ самаго жестокаго страданія, какому только можетъ подвергнуться женщина».

Gendrin замѣчаетъ: «Очевидно, что вылущеніе матки составляетъ одну изъ самыхъ тяжелыхъ, болѣзненныхъ и самыхъ опасныхъ операцій въ хирургіи. Ее слѣдуетъ предпринимать съ величайшимъ благоразуміемъ, тогда только, когда существуетъ вѣроятность, что совершенно можно устранить болѣзнь. Признаки ограниченности болѣзни маткою и подвижности послѣдней должны быть подтверждены всевозможными способами изслѣдованія; но, къ несчастію, на эти средства не всегда можно положиться. Необходимо вывести заключеніе, что во многихъ случаяхъ благоразумнѣе будетъ воздержаться отъ операціи».

Hegar и *Kaltenbach* въ своей «Оперативной гинекологіи» впервые указали тѣ требованія, какія можно поставить для такой операціи, какъ экстирпація матки по поводу рака. «*Раціональный методъ полной экстирпаціи*, писали они, *долженъ представлять полную гарантію отъ кровотеченія и побочныхъ поврежденій и дать возможность закрыть рану брюшины для того, чтобы воспрепятствовать затеку отдѣляемаго раны въ брюш-*

---

[1]) Практическое руковод. къ изученію женскихъ болѣзней. Переводъ съ 5-го изданія. 1867. Москва.

ную полость» [1]). Всѣмъ этимъ требованіямъ и думалъ удовлетворить *Freund* [2]) оперируя впервые 30-го января 1878 г.

Способъ его вкратцѣ состоитъ въ слѣдующемъ: больная кладется на спину; голова ея д. б. ниже таза. Операторъ справа. Разрѣзъ отъ пупка до симфиза. Петли кишекъ отодвигаются кверху, покрываются мокрыми полотенцами и такъ удерживаются ассистентомъ. Дезинфекція полости таза. Крѣпкая лигатура, проходящая черезъ corpus uteri, передается ассистенту. Перевязка ligg. lata in continuitate съ обѣихъ сторонъ, раздѣляя ихъ на 3 части, изъ которыхъ въ первую входятъ tuba и lig. ovarii, во-вторую lig. ovarii и lig. rotundum и, наконецъ, въ третью lig. rotundum и laquear vaginae. Нижняя лигатура проводится со стороны рукава, двумя уколами съ каждой стороны, черезъ сводъ въ брюшную полость. Проводить эту лигатуру авторъ совѣтуетъ предложенной имъ для этого троакарной, пружинящей иглой. Концы завязанныхъ лигатуръ оставляются очень длинными. Матка вырѣзывается, при чемъ бываетъ «незначительное венозное кровотеченіе». Послѣ этого концы лигатуръ широкихъ связокъ проводятся черезъ отверстіе свода кнаружи и сильно натягиваются. Получается слѣдовательно картина, какъ «при инвертированной маткѣ». Натягивая концы лигатуръ, получается небольшая щель между передней и задней складками брюшины, которую закрываютъ швами. Для облегченія послѣдняго момента авторъ совѣтуетъ захватить въ лигатуру оба листка брюшины еще до отдѣленія матки. Для дезинфицированія вкладывается въ рукавъ тампонъ съ 10% карболовымъ масломъ.

Брюшной разрѣзъ зашивается.

Операція считается показанной въ тѣхъ случаяхъ рака матки, въ которыхъ «окружающая ткань еще не инфильтрирована и органъ подвиженъ».

Мы не будемъ упоминать здѣсь о всѣхъ тѣхъ модификаціяхъ, которыя были предложены различными авторами (*Crede*, *Spiegelberg*, *B. Freund*, *A. Freund*, *Olshausen* и другіе), испытавшими способъ *Freund'a*. Уже одно количество этихъ видоизмѣне-

---

[1]) l. c.

[2]) Sammlung. klin. Vorträg. 78. № 12. Archiv f. Gynäk. B. XV. Centralbl. f. Gynäk. 78. №№ 2, 12 и 21. № II. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. B. VI. Wiener med. Blätt. 81. IV. Centralbl. f. Gyn. 81. № 17.

ній, изъ которыхъ нѣкоторыя поражаютъ своею смѣлостью, и при томъ вышедшихъ въ самое первое время появленія операціи, достаточно говоритъ о томъ, насколько первоначальный способъ неудовлетворителенъ.

Послѣ первыхъ же сообщеній *Crede* [1]), *Linkenheld*'а [2]), *Baum*'и [3]), *Schröder*'а [4]), *Miculicz*'а [5]), *Ahlfeld*'а [6]), *Czerny* [7]), *Kleinwächler*'а [8]), *Левенштейна* [9]), *Соловьева* [10]), *Olshausen*'а [11]), *Bardenheuer*'а [12]) и др. «*можно считать за установленный фактъ*, говоритъ *Gusserow* [13]), *что полная экстирпація матки per laparotomiam есть чрезвычайно опасная операція*». Достаточно взять нѣсколько цифръ, чтобы убѣдиться въ вѣрности только что высказаннаго взгляда Gusserow'а.

По *Ahlfeld*'у $^0/_0$ смертность отъ операціи = 72.

» *Kleinvachter*'у изъ 88 оперированныхъ умерло 58 = 68$^0/_0$.

» табл. *Hegar* и *Kaltenbach* изъ 93 оперированныхъ умерло 63 = 71$^0/_0$.

Duncan собралъ 137 случаевъ операцій и въ нихъ смертности = 72$^0/_0$.

У *Gusserow*'а (съ табл. Hegar'а и Kaltenbach'а) собрано всего 148 случаевъ Фрейндовской операціи съ 106, т. е. 71,6$^0/_0$ смертности.

Слѣдовательно изъ всѣхъ приведенныхъ авторами случаевъ операція Freund'а въ среднемъ дала 70,8$^0/_0$ смертности.

«Значительная смертельность, а также и то обстоятельство, что изъ выздоровѣвшихъ у многихъ остались пораненія пузыря, прямой кишки и мочеточниковъ,—имѣло бы мало значенія; операція все-таки могла бы быть одной изъ наиболѣе блестящихъ, стоящихъ въ рядахъ оперативной медицины, если бы только перенесшія счастливо операцію излечивались надолго,—однако всѣ, о которыхъ сообщается, умерли то болѣе, то менѣе поздно отъ рецидивовъ» (Gusserow, l. c.).

---

[1]) Centralbl. f. Chirurgie, 78. № 32. [2]) Centralbl. f. Gynäk 81. № 18.
[3]) Berl. selin. Wochensch, 80. № 46. [4]) Zeitschr. f. Geb. и Gyn. B. VI.
[5]) Wien. med. Wocheuschr. 80. № 41. [6]) Deutsche med. Wochenschr. 80. № 1.
[7]) Wiener. med. Wochenschr. 79. №№ 95—99.
[8]) Wiener. med. Presse, 83. № 3 и 4.
[9]) Протоколы Физикомедиц. Общ. въ Москвѣ, 1880 г.
[10]) Медицинское Обозрѣніе, 79.
[11]) Berlin. klin. Wochenschr. 81. № 35.
[12]) Die Drainirung der Peritonealhohle. 1881. Stuttgart.
[13]) Handbuch der Frauenkrankheiten. 1886. Stuttgart.

Собственно говоря—на этомъ и кончается недолголѣтняя исторія метода Freund'a. Значеніе предложенія его въ исторіи вопроса о радикальномъ леченіи рака матки таково, что техническая неудовлетворительность его способа заставила искать лучшихъ условій для оперативной техники. Freund оживилъ забытый давно вопросъ, предложилъ хотя неудачное средство къ его рѣшенію, но тѣмъ самымъ онъ далъ толчокъ работѣ медицинской мысли къ изысканію лучшихъ средствъ. Каковы эти новыя средства,—увидимъ изъ дальнѣйшаго. Тому-же *1878 г.* выпала счастливая участь считаться первымъ въ эрѣ воскрешенія вагинальной экстирпаціи матки по поводу рака ея.

Гейдельбергскій профессоръ хирургіи Czerny [1]), неудовлетворенный съ самаго начала результатами операціи *Freund'a*, потерявъ на первыхъ же порахъ ея существованія всякую вѣру въ раціональность, такого хирургическаго вмѣшательства, изъ-за котораго масса оперированныхъ погибаетъ, — то отъ колляпса, то отъ первичнаго кровотеченія или shok'a,—предложилъ возстановить старый *Sauter-Recamier*-овскій способъ удаленія матки черезъ рукавъ, усовершенствовавъ техническія детали его. Такой способъ ему казался тѣмъ болѣе удобнымъ по аналогіи съ экстирпаціей раковопораженной прямой кишки. И если для вагинальной экстирпаціи матки есть неудобство въ бóльшемъ калибрѣ ея сосудовъ (uterina), то съ другой стороны,—болѣе свободное анатомическое положеніе матки, чѣмъ recti, по автору, давало надежды на лучшіе результаты при полномъ ея удаленіи.

Въ дальнѣйшемъ по возможности послѣдовательно излагая видоизмѣненія первоначальнаго способа, внесенныя различными операторами, мы тѣмъ самымъ хотѣли-бы указать историческій ходъ операціи и постепенное усовершенствованіе ея техники.

---

[1]) Ueber die Ausrottung des Gebärmutterkrebses, Wiener med. Wochenschr. 1879 г., №№ отъ 45—50 включительно.

Mittheilungen aus der Heidelberger chirurgischen Klinik. Berl. klin. Woch. 1882 г., № 46.

II.

Методика операціи, изложенная по авторамъ.

Первую операцію свою *Czerny* произвелъ 12 августа 1878 г. Способъ его, модифицированный въ деталяхъ при каждомъ отдѣльномъ случаѣ,—существенно состоитъ въ слѣдующемъ [1]):

Для предварительной дезинфекціи совѣтуетъ расширеніе шейки съ послѣдовательнымъ промываніемъ полости катетеромъ Боземана. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по его взгляду, хорошо было-бы сдѣлать предварительное выскабливаніе и потомъ промываніе, хотя самъ этого не дѣлалъ вслѣдствіи крайней анеміи его больныхъ.

Положеніе, какъ для камнесѣченія. Зеркала Симона. Мюзеи. Постоянная ирригація 1% растворомъ карболовой кислоты. Низведеніе. Разрѣзъ и послѣдовательное отдѣленіе тупыми инструментами въ переднемъ сводѣ *по возможности выше*. Обкалываніе кровоточащихъ сосудовъ. Вскрытіе peritoneum. Въ первыхъ случаяхъ за этимъ слѣдовало перепрокидываніе матки кпереди; а въ послѣдующихъ иногда предшествовали разрѣзъ и отдѣленіе задняго свода. Авторъ не настаиваетъ на томъ, черезъ какой сводъ дѣлать опрокидываніе, представляя производить это, смотря по условіямъ. Самую манипуляцію опрокидыванія производилъ помощью тупаго двойнаго крючка и, какъ только матка показывалась въ рукавъ, захватывалъ ее мюзеемъ.

Вся масса широкихъ связокъ въ общемъ перевязывается въ три пучка съ каждой стороны. Arteria spermatica захватывается въ лигатуру en masse, а перевязку uterinae—изолированно, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже послѣ тщательной «препаровки» для ея отысканія. Торсіонныхъ пинцетовъ вообще не употребляетъ за тѣснотою поля операціи. Наконецъ въ послѣднемъ своемъ случаѣ по избѣжаніи кровотеченія авторъ сжалъ широкія связки проволочнымъ экразеромъ и послѣ этого уже наложилъ рядъ шелковыхъ лигатуръ.

---

[1]) Мы не приводимъ указаній каждаго автора о предъопераціонномъ дезинфицированіи поля операціи. Не дѣлаемъ этого потому, что необходимость такого пріема—дѣло общесознанное и принятое, и сама методика и дезинфицирующія средства мало рознятся у всѣхъ, извѣстныхъ намъ, авторовъ.

Если технически не трудно,—удаляетъ яичники послѣ перевязки ихъ двойной шелковой лигатурой; вырѣзываніе ихъ не оказываетъ вредныхъ вліяній на больную.

Въ первыхъ случаяхъ открытое леченіе; въ послѣдующихъ брюшинновлагалищное отверстіе закрывалось тампономъ изъ салициловой ваты. Наконецъ, зашиваніе отверстія, за исключеніемъ мѣста по срединѣ раны для дренажа; потомъ зашиваніе по срединѣ,—и два дренажа по угламъ. Но вообще точнаго, *аккуратнаго зашиванія раны не считаетъ особенно нужнымъ*, потому что швы накладываются въ этомъ случаѣ въ «мертвыя пространства» (Mikulicz).

На случай—считаетъ необходимымъ разрѣзъ промежности; но самъ этого не дѣлалъ. При пораненіи пузыря (случай 1-й) накладываетъ двойной рядъ шелковыхъ лигатуръ на его стѣнки.

Уже первое сообщеніе автора показало, что при описанномъ способѣ оперированія гораздо лучше опредѣляются границы заболѣванія, легче избѣжать пораненія пузыря и мочеточниковъ, уменьшается опасность shok'а, такъ какъ не обнажаются кишки, меньше раневое поле и потому меньше шансовъ на зараженіе септическимъ ядомъ и меньшая возможность перенесенія специфическихъ (раковыхъ) элементовъ на брюшину и раневую поверхность.

Послѣ опубликованія авторомъ его первыхъ двухъ случаевъ удаленія матки черезъ рукавъ, значительно содѣйствовалъ распространенію вагинальнаго способа профессоръ *Billroth*, который вскорѣ послѣ этого сообщенія писалъ къ Czerny: «Ваше сообщеніе о полномъ вырѣзываніи матки такъ меня заинтересовало, что я сейчасъ-же приступилъ къ выполненію этой операціи самъ... Вообще всякій операторъ, впервые видящій или дѣлающій эту операцію (я оперировалъ 3 раза по поводу рака) удивится, какъ просто и чисто ее можно выполнить» [1]).

Первая операція *Billroth*'а относится къ 14-му декабря 1879 г. Его методъ [2]), если вкратцѣ взять всѣ видоизмѣненія, которыми авторъ пользовался при каждомъ отдѣльномъ случаѣ, существенно состоитъ въ слѣдующемъ: до операціи ежедневно по 3 раза влагалищныя спринцеванья 3% растворомъ карболовой кислоты; послѣ

---

[1]) Berlin. Klin. Woch. 1882. 46.

[2]) Wiener med. Wochenschr. 80. №№ 47, 48, 52. Mikulicz. 16 ibidem № 21. Wölfler. 16 ibidem. 81. №№ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9. Mikulicz.

каждаго спринцеванія—тампонада карболизованной марлей. Предварительное (за нѣсколько дней до операціи) выскабливаніе разложившихся тканей. Положеніе—какъ для камнесѣченія; глубокій наркозъ. Стѣнки рукава разводятся зеркалами и при узкости его, какъ напр., у нерожавшихъ, позволителенъ разрѣзъ задней стѣнки и perinei, что зашивается по выполненіи всей операціи. Съ перваго разрѣза и до момента отдѣленія очевидно «раковыхъ мѣстъ», постоянная ирригація 2—3$^0/_0$ карболовой кислотой. Возможно глубокое низведеніе матки Толстыя шелковыя лигатуры, захватывающія ткань боковыхъ сводовъ и параметріевъ, *насколько возможно выше*. Циркулярный разрѣзъ вокругъ шейки. Постепенное отдѣленіе ея посредствомъ пальца и ручками скальпеля сначала въ переднемъ сводѣ съ послѣдовательнымъ разрѣзомъ plicae vesicouterinae, а потомъ въ заднемъ со вскрытіемъ дугласа. *Каждый кровоточащій сосудъ перевязывается изолированно*.

Широкія связки разсѣкаются in situ, для чего на нихъ предварительно накладываются особеннаго рода жомы, рядомъ съ которыми и нѣсколько кнаружи отъ нихъ, вся масса широкихъ связокъ перевязывается въ три пучка съ каждой стороны. Линія разрѣза идетъ между жомомъ и лигатурами.

Складки брюшины сзади и спереди захватываются въ отдѣльныя лигатуры, которыя, вмѣстѣ съ лигатурами на широкихъ связкахъ, выводятся наружу и здѣсь приспособляются къ очень сложному аппарату для постоянной ирригаціи.

Этотъ аппаратъ состоитъ изъ слѣдующихъ частей: каучуковое, нѣсколько укороченное зеркало Фергюссона со множествомъ отверстій на стѣнкахъ внутренняго конца. Это зеркало плотно закрывается крышкой, снабженной тремя отверстіями: одно, пропускающее черезъ себя полую трубку съ булавовиднымъ, дырчатымъ расширеніемъ на концѣ, вставляемымъ въ просвѣтъ зеркала. Черезъ это первое отверстіе по трубкѣ проводится къ раневой поверхности дезинфецирующая жидкость, которая, омывъ рану, собирается черезъ окошки зеркала въ его просвѣтъ и выходитъ чрезъ имѣющееся въ крышкѣ второе (выходное) отверстіе. Третье отверстіе устроено только на случай засоренія втораго и, до нужды въ немъ, не имѣетъ отводящаго рукава. На наружномъ концѣ зеркала приложена особая металлическая скоба, за которую и привязываются лигатуры, нало-

женныя на широкія связки и края брюшины. Для ирригаціи брались или 1% растворъ thymoli, ⅓% acidi salicylici или 4% acidi borici; температура ихъ должна быть 35—40° C. Высота паденія жидкости не должна превышать ½ метра. Оперированная укладывалась тазомъ на подушку, покрытую кускомъ каучуковаго полотна, по которому жидкость стекала въ подставленную лохань.

Впослѣдствіи, какъ извѣстно, профессоръ *Billrotd* оставилъ такой способъ ирригаціи и если примѣнялъ ее, то только чрезъ дренажи, вставлявшіеся въ участокъ незашитой раны; а въ своихъ послѣднихъ случаяхъ онъ зашивалъ вполнѣ брюшинно-рукавное отверстіе, и тампонировалъ рукавъ іодоформенной марлей.

Третьимъ піонеромъ въ исторіи нашей операціи является покойный профессоръ *Schröder*, который началъ примѣненіе нашей операціи съ *17 мая 1880 г.* Способъ его [1]) состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ сильнаго низведенія матки—во всей области передней губы слизистая оболочка свода влагалища, на разстояніи 1—2 сант. отъ больной ткани, разрѣзывается на столько глубоко, что разрѣзъ проникаетъ до парацервикальной соединительной ткани. Послѣ этого мочевой пузырь легко отдѣляется пальцами отъ шейки до передняго брюшиннаго мѣшка и «если шейку крѣпко удерживаютъ внизу, то мочевой пузырь съ мочеточниками удаляется кверху». Только въ исключительныхъ случаяхъ соединительная ткань между шейкой и пузыремъ настолько плотна и крѣпка, что вмѣсто пальцевъ и рукоятки скалпеля приходится прибѣгать къ ножницамъ.

Когда передняя сторона шейки сдѣлалась свободной, то вытягиваніемъ задней губы кпереди дѣлаютъ доступнымъ задній сводъ и разрѣзываютъ слизистую оболочку его такимъ же образомъ и на такомъ же разстояніи отъ новообразованія, при чемъ концы разрѣза сходятся съ обѣихъ сторонъ съ концами передняго разрѣза. При отдѣленіи задней стѣнки шейки, брюшина дугласова промежутка легко надрывается; разрѣзами ножницъ отверстіе *расширяютъ до ligg. recto-uterinae*, и затѣмъ два пальца лѣвой руки проводятся въ полость брюшины по задней стѣнкѣ матки, и концы ихъ заводятся въ

---

[1]) Ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung d. carcinomatösen Gebärmutter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. VI. H. 2. Ueber totale Exstirpation d. Uterus von d. Scheide aus Wien. med. Presse. 80. № 49. Handbuch Frauenkrankheiten. 1884. Berlin.

excavatio vesico-uterinam. Производя разрѣзы клѣтчатки спереди по этимъ пальцамъ, въ то же время отдѣляютъ здѣсь нѣжную складку брюшины.

Для того, чтобы отрѣзать теперь матку отъ широкихъ связокъ, авторъ выворачиваетъ ее наружу. Съ этою цѣлью онъ ретрофлектируетъ ее соединенными пріемами и старается провести дно черезъ отверстіе задняго свода. Этотъ маневръ не очень простъ и тѣмъ труднѣе, чѣмъ больше матка. Достигается же это лучше всего въ томъ случаѣ, когда удается захватить дно матки по возможности высоко мюзеевскими щипцами и такимъ образомъ провести въ отверстіе.

Когда, покрытое брюшиной, дно матки лежитъ въ introitus, то вопросъ будетъ въ перевязкѣ широкихъ связокъ съ обѣихъ сторонъ и при томъ такимъ образомъ, чтобы была возможность вырѣзать матку *безъ послѣдующаго соскальзыванія лигатуръ.* Сдѣлать это очень трудно въ томъ случаѣ, когда желаютъ совершенно удалить обѣ трубы и яичники, такъ какъ при этомъ приходится накладывать лигатуры въ весьма сильно натянутомъ lig. infundibulo pelvicum, гдѣ эти лигатуры легко соскальзываютъ, когда сильно напряженная связка, послѣ ея отдѣленія, поднимается кверху. Это соскальзываніе даетъ поводъ къ сильному и по мѣсту трудно останавливаемому кровотеченію. Операція весьма облегчается въ томъ случаѣ, когда рѣшаются оставить яичники съ концами трубъ и произвести только экстирпацію матки.

Авторъ обыкновенно дѣлаетъ это такъ, что захватываетъ lig. latum каждой стороны въ лигатуру en masse и, кромѣ того, вблизи каждой изъ нихъ присоединяетъ еще двѣ отдѣльныя лигатуры: одну для верхней, другую для нижней части широкой связи. Разрѣзъ проходитъ между лигатурами.

Hofmeier, ассистентъ Schröder'а, перевязывалъ сосуды шагъ за шагомъ, двойнымъ рядомъ лигатуръ и перерѣзывалъ вдвойнѣ перевязанные сосуды до тѣхъ поръ, пока не была раздѣлена вся связка. Способъ этотъ, по мнѣнію Schröder'а, можетъ быть, имѣетъ преимущество.

Что касается до вопроса, должны-ли быть оставляемы яичники,

то рѣшеніе его принадлежитъ будущему [1]. *При необходимости* вырѣзать яичники, можетъ быть, было бы цѣлесообразнѣе отдѣлять lig. latum вплоть около матки, и яичники вырѣзать *отдѣльно*. Но безопаснѣе всетаки оставить ихъ вмѣстѣ съ трубами. Когда одно lig. latum отдѣлено, такъ что матка виситъ только на одной связкѣ, то перевязка послѣдней, такимъ же путемъ, значительно облегчается.

Если послѣ удаленія матки замѣчается кровотеченіе, то слѣдуетъ перевязать сосуды, что удается легко, если культя длинна; но когда вырѣзаны и придатки, то эта перевязка едва-ли можетъ быть сдѣлана съ полной увѣренностью, что цѣль будетъ достигнута Въ этомъ случаѣ нужно сдѣлать попытку захватить кровоточащій сосудъ наложенными сбоку глубоко обкалывающими лигатурами.

Далѣе Schröder поступаетъ такъ: вкладываетъ широкую дренажную трубку съ поперечиной и соединяетъ боковые разрѣзы раны. Послѣднее дѣлается такъ, что сбоку отъ дренажной трубки проводятъ крѣпкую иглу, прободающую сначала передній сводъ, идущую затѣмъ черезъ культю данной стороны и выходящую снова въ задній сводъ. Разъ швовъ крѣпко завязанъ, то все, остающееся отъ боковаго разрѣза, соединяется безъ всякаго затрудненія. Точно также поступаютъ и съ другою стороною. Съ этимъ способомъ связано, по мнѣнію автора, то преимущество, что перевязанныя части обращены во влагалище. При наложеніи шва, авторъ не опасается захватывать и брюшину. Затѣмъ умѣренная тампонада рукава салициловой ватой, въ которую закутывается и свободный конецъ дренажа.

Промываніе черезъ дренажъ показуется только тогда, если появится повышеніе температуры и дурнопахнущее выдѣленіе. Какъ дренажъ, такъ и швы удаляются послѣ 2—3 недѣль.

A. Martin [2]) оперировалъ въ первый разъ по поводу рака *10 іюня 1880 г.* Свой способъ онъ описываетъ такъ: «послѣ очень энергичной дезинфекціи», захлороформированную больную приводятъ

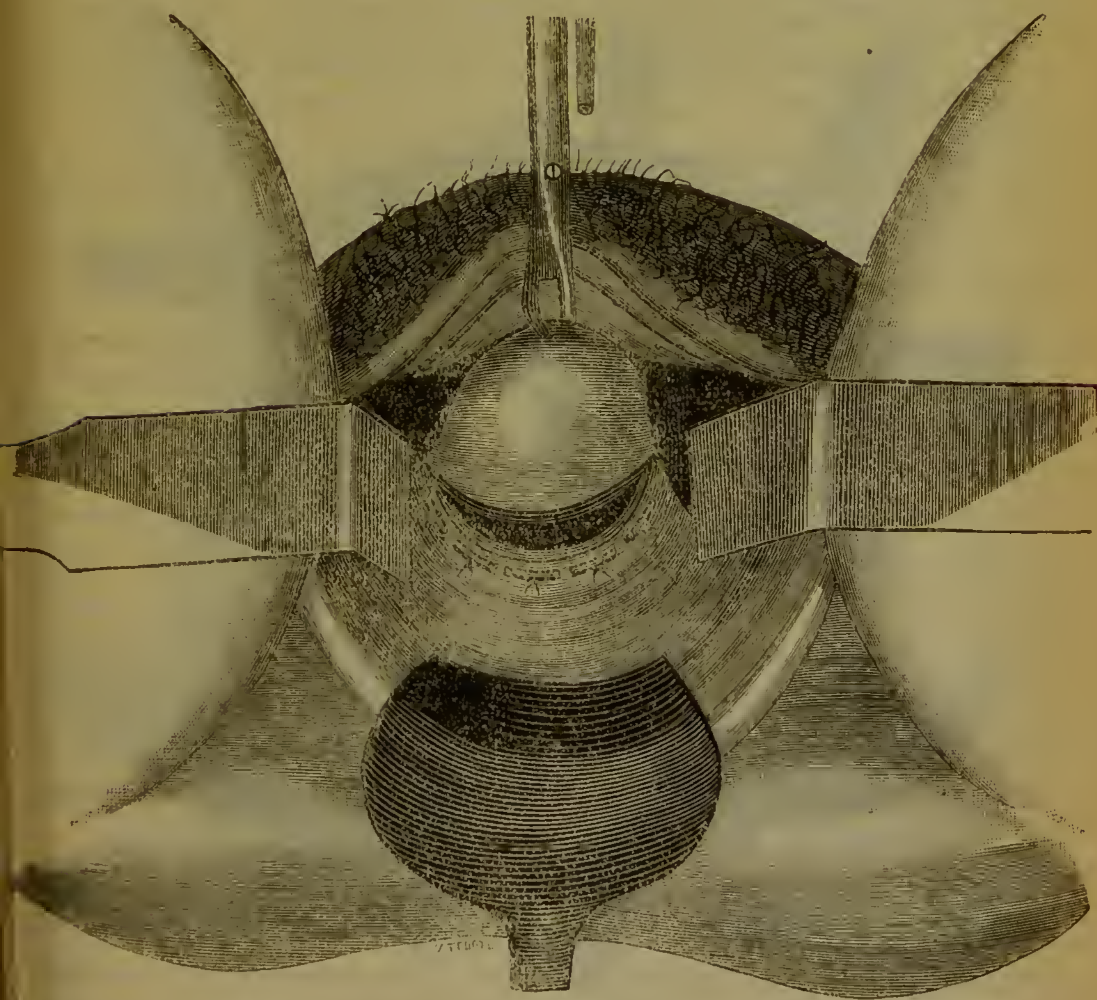
---

[1]) Одна изъ больныхъ автора жаловалась на сильныя боли въ періоды, соотвѣтствующіе менструаціи.

[2]) Zur Technik d. vaginal Uterusexstirpation. Centralbl. f. Gynakol. 81 № 5. Archiv f. Gynäkol. B. XX. Ueber vaginale Uterusexstirpation. Wiener med. Presse. 81, № 17. Deutsche med. Wochenschr. 81, № 45. Berlin. klin Wochenschr. 82, 45. Патологія и терапія женскихъ болѣзней. Переводъ Максимова. Спб., 1885 г. Berlin. klin. Wochenschr. 87, № 5

въ ягодично спинное положеніе; влагалищный сводъ обнажается при помощи желобоватыхъ зеркалъ и боковыхъ подъемниковъ, потомъ мюзеевскими щипцами захватываютъ шейку у ея задней периферіи и притягиваютъ ее, насколько возможно, кпереди, къ лонному сро-щенію, благодаря чему задній сводъ настолько напрягается, что удается

Рис. 1-й [1]).

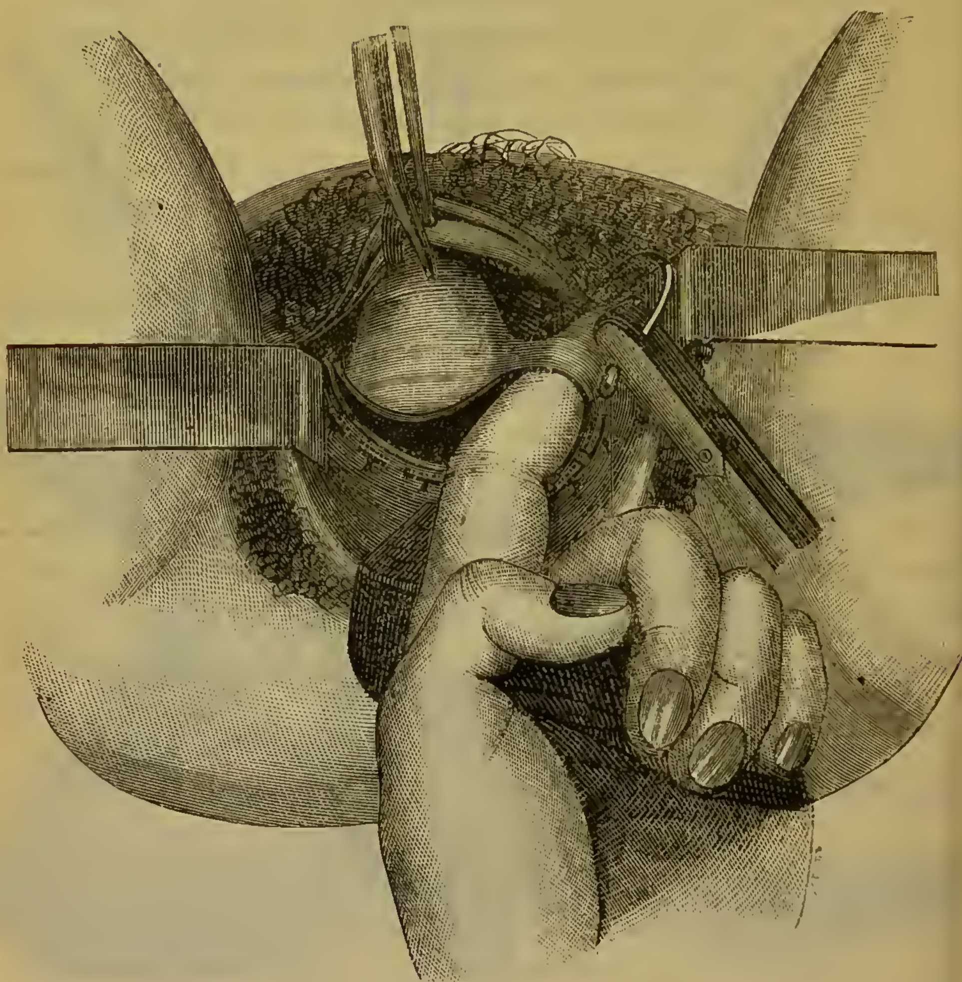


очень хорошо видѣть мѣсто прикрѣпленія влагалища къ маткѣ. Затѣмъ на возможномъ протяженіи проводится разрѣзъ во всю ширину этого прикрѣпленія, *чтобы тотчасъ же вскрыть Дугласово пространство*, что при не очень широкомъ соединеніи свода съ шей-

[1]) Клише первыхъ четырехъ рисунковъ любезно предложены намъ проф. А. И. Лебедевымъ, за что мы сердечно ему благодарны.

кой, нерѣдко происходитъ уже съ первымъ разрѣзомъ; въ противномъ же случаѣ, это вскрытіе можетъ быть весьма труднымъ и хлопотливымъ, тѣмъ болѣе въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ. Если вскрытіе Дугласова пространства уже произведено, то первоначальный разрѣзъ peritonei расширяется настолько, чтобы могъ проникнуть лѣвый ука-

Рис. 2-й.



зательный палецъ и затѣмъ небольшой, сильно искривленной иглой *производится обшиваніе влагалищнаго края на всемъ протяженіи разрѣза.* Иглу вкалываютъ по выпячивающемуся со стороны брюшины указательному пальцу черезъ всю массу влагалища, захватываютъ ею брюшину и выкалываютъ обратно въ рукавъ приблизительно на разстояніе 1 сант. отъ мѣста вкола. Достаточно бы-

ваетъ 4—5 такихъ швовъ, чтобы тѣсно соединить брюшину Дугласова пространства съ влагалищной трубкой и прекратить въ этомъ мѣстѣ всякое кровотеченіе. Если при вскрытіи Дугласова пространства встрѣчается затрудненіе, то авторъ въ виду того, что и кровотеченіе здѣсь довольно обильное, пришиваетъ, даже еще *несовсѣмъ расщепленныя*, тканевыя поверхности къ влагалищной трубкѣ совершенно такъ, какъ описано выше и, оттягивая пинцетомъ эти тканевыя массы, проникаетъ дальше въ глубину. Брюшина представляется здѣсь въ видѣ просвѣчивающей нѣжной перепонки, позади которой иногда находится небольшое количество жидкости.

Послѣ этого авторъ прежде всего обшиваетъ основаніе широкихъ связокъ, для чего пользуется большими иглами съ двойными нитями, проводя ихъ со стороны свода къ тому мѣсту сбоку Дугласова пространства, которое подставляется введеннымъ туда пальцемъ.

Часто оказывается невозможнымъ непосредственно вывести иглу обратно черезъ влагалище, не прокалывая ею вполнѣ, предварительно со стороны брюшины. Въ этихъ случаяхъ авторъ выводитъ прикрытый указательнымъ пальцемъ конецъ иглы черезъ щель въ заднемъ сводѣ и захватываетъ его, не выпуская въ то же время ушка иглы (крѣпко удерживаемаго иглодержателемъ), вторымъ иглодержателемъ; послѣ этого только освобождается первый иглодержатель, находившійся на ушкѣ иглы, и вытягивается тогда вся игла, чтобы снова захватить ее со стороны брюшины выколоть опять-таки подъ руководствомъ указательнаго пальца по направленію къ рукаву и здѣсь вывесть ее приблизительно на 1 сант. отъ мѣста вкола. Эти нити должны быть стягиваемы при завязываніи *съ большой силой.*

Обыкновенно авторъ обходится тремя швами, посредствомъ которыхъ крѣпко соединяется тазовое дно съ влагалищемъ вплоть до передней поверхности шейки. *При такомъ соединеніи можно быть совершенно увѣреннымъ, что проходящіе сосуды перевязаны такъ, что нечего опасаться перерѣзки ихъ.*

Отдѣленіе шейки отъ тазоваго дна вплоть до передней периферіи ея и требующееся иногда дальнѣйшее обкалываніе совершаются послѣ этого безъ всякой потери крови. Ножъ ведутъ при этомъ по шейкѣ, пока она не будетъ обнажена на всемъ протяженіи; послѣ чего ногтями пальцевъ отдѣляютъ соединенную съ шейкой часть мочеваго пузыря. Размѣръ этого соединенія представляется весьма раз-

личнымъ. Иногда ширина его равняется приблизительно 1, въ другихъ случаяхъ — 5 и даже болѣе сантиметрамъ. *Послѣ полнаго отдѣленія клѣтчатки и перерѣзки plicae vesica uterinae здѣсь точно также приступаютъ къ соединенію брюшины съ стѣнкой рукава,* для чего требуется не болѣе 4 швовъ.

Когда кровотеченіе совершенно остановлено, вводится палецъ черезъ разрѣзъ задняго свода въ Дугласово пространство и такимъ образомъ вполнѣ ясно констатируется величина и подвижность матки. Вслѣдъ затѣмъ матка захватывается за заднюю губу мюзеевскими щипцами, и влагалищная часть ея сильно оттягивается кпереди. Въ Дугласово пространство вмѣстѣ съ тѣмъ вводится боковой подъемникъ, чтобы имъ защитить низводимое дно матки отъ ущемленія позади задняго края раны. Постепенно захватывая матку мюзеевскими щипцами все выше и выше, запрокидываніе ея въ обыкновенныхъ случаяхъ не представляетъ трудностей; она скользитъ по подъемнику, какъ «на санкахъ». Если же матка широка и массивна, то этотъ моментъ операціи можетъ представиться чрезвычайно труднымъ. Иногда можно облегчить его, продвигая маточную шейку вверхъ позади лоннаго сращенія.

Для другихъ случаевъ авторъ пользовался придуманнымъ имъ для этого инструментомъ, который напоминаетъ собою толстый, прочный маточный зондъ, съ кривизною градусовъ приблизительно въ 60, и съ большимъ булавовиднымъ расширеніемъ на внутреннемъ концѣ. Введеніе его, по словамъ автора, можетъ при узкомъ цервикальномъ каналѣ представить кое-какія трудности, но послѣднія могутъ быть преодолѣны расщепленіемъ канала. Но авторъ «охотно избѣгаетъ» употребленія этого инструмента потому, что имъ обыкновенно причиняется пробуравливаніе задней стѣнки матки, и слѣдовательно, содержимое матки разливается по поверхности раны.

На опрокинутомъ такимъ образомъ органѣ, — изолируются прикрѣпленія широкихъ связокъ; развертываются Фаллопіевы трубы и близко лежащій отъ каждой изъ нихъ участокъ liga lati, чтобы перевязать его въ одномъ, двухъ или трехъ мѣстахъ; при этомъ предварительно производится перевязка этого отрѣзка съ обѣихъ сторонъ, и лишь потомъ приступаютъ къ вырѣзыванію самой матки.

Лишь сравнительно рѣдко случается во время операціи, чтобы въ области операціоннаго поля появились или хоть стали видны

кишечныя петли. Если они начинають мѣшать, то ихъ отодвигають губкой и тѣмъ предохраняютъ себя отъ ихъ пораненія.

Концы Фаллопіевыхъ трубъ и яичники нерѣдко опускаются въ рану; въ такихъ случаяхъ авторъ перевязывалъ ихъ и отдѣлялъ.

До этого момента операціи авторъ считаетъ достаточнымъ для очищенія раны непрерывное орошеніе весьма слабымъ растворомъ; а теперь дно Дугласова пространства и вся рана вытирается сухими губками. Послѣ этого въ Дугласово пространство вводится дренажная трубка, а въ рукавъ—толстый ватный тампонъ.

Операція, смотря по встрѣчаемымъ трудностямъ, особенно во время перваго момента, продолжается различное время, начиная отъ 20 минутъ и до 2 часовъ.

«За дренажированіе Дугласова пространства послѣ этой операціи я, говоритъ авторъ, твердо стою, не смотря на обнародованіе многихъ случаевъ, въ которыхъ отсутствіе дренажа не причинило никакого вреда. Я полагаю, что подъ вліяніемъ операціи брюшина таза приходитъ въ состояніе такого раздраженія, что здѣсь всегда должно развиться реактивное выпотѣніе. Нисколько не думая, чтобы этимъ дренажированіемъ можно было опорожнить хотя-бы только все Дугласово пространство, я тѣмъ не менѣе считаю его въ приведенной мною формѣ *достаточнымъ для опорожненія этихъ образующихся секретовъ* и отношу мои хорошіе результаты существеннымъ образомъ насчетъ дренажированія».

Послѣдовательное леченіе представляется вполнѣ выжидательнымъ. На животъ—пузырь со льдомъ и этимъ приводятъ его въ спокойное состояніе. Противъ болей—морфій. Если больная не въ состояніи самопроизвольно мочиться,—катетеризація. Если существуетъ наклонность къ рвотѣ, до тѣхъ поръ ей не даютъ никакой пищи, и лишь съ прекращеніемъ послѣдствій хлороформнаго наркоза назначаютъ ей молоко, вино и' воду, бульонъ и съ 3-го—4-го дня мясо. Обыкновенно между 3-мъ и 4-мъ днемъ удаляютъ дренажъ. До 9-го или 10-го дня больная остается въ постели. Если тогда раскрыть влагалище, чтобы осмотрѣть рану, то можно найти *полное закрытіе* тазоваго дна. Если въ теченіи процесса заживленія наступаютъ кровотеченія, то по большей части для остановки ихъ оказываются достаточными влагалищныя впрыскиванія изъ ледяной воды, или го-

рячія—температурой въ 40°. Если-бы это осталось безъ дѣйствія, то необходимо было-бы закрыть кровоточащее мѣсто швомъ.

Bardenheuer, на основаніи общеизвѣстныхъ фактовъ возможности радикальнаго излеченія рака губъ, грудей и даже recti, вполнѣ признаетъ такую-же возможность и для рака матки. Авторъ самъ указываетъ много условій, которыя дѣлали-бы прогнозъ радикальнаго леченія рака матки, повидимому, не вполнѣ благопріятнымъ [1]); но онъ, какъ извѣстно, признаетъ цѣль операціи не въ смыслѣ только ея радикальности, а какъ способъ, благодаря которому въ рукахъ оператора *есть возможность уменьшить количество несомнѣнно злокачественно пораженныхъ тканей* вырѣзываніемъ ихъ съ цѣлью *уменьшить хоть на нѣкоторое время* интенсивность проявленій болѣзни. Авторъ говоритъ (стр. 40—41): «ошибались тѣ, кто думалъ, что, предлагая полную экстирпацію матки, нашли средство избѣгать рецидива болѣзни, какъ нельзя ожидать этого, оперируя и рано, и въ завѣдомо здоровыхъ тканяхъ при ракѣ въ другихъ органахъ».

На вопросъ нужно-ли дѣлать полную экстирпацію матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно думать, что раковый процессъ не ограничивается однимъ этимъ органомъ? онъ категорически указываетъ необходимость примѣненія этой операціи, потому что *только ею* можно достигнуть если и не полнаго излеченія, то хоть болѣе продолжительнаго, чѣмъ отъ другихъ операцій, безрецидивнаго періода.

Bardenheuer называетъ удаленіе матки черезъ рукавъ нижней (inferior) экспирпаціей или colpohysterectomi'ей въ отличіе отъ экстирпаціи верхней (superior) или laparohysterotomiae. Онъ признаетъ «нѣкоторыя» преимущества нижней экстирпаціи передъ верхней. При ней, *во-1-хъ*, брюшина вскрывается не на такомъ обширномъ пространствѣ, какъ при верхней; *во-2-хъ*, открыта она (брюшина)

---

[1]) a) Скрытое отъ глаза анатомическое положеніе больного органа; b) незначительвость первыхъ симптомовъ заболѣванія которая не можетъ указать жевщинѣ на всю опасвость ея страданія; c) задержка въ сводахъ рукава пхорозныхъ секретовъ процесса, которые d) своимъ вліяніемъ эррозирують слизистую оболочку какъ portionis, такъ и рукана и потому, e) новообразованіеваходитъ уже удобную (въ смыслѣ ослабленія жизненной энергіи тканей) почву для своего дальнѣйшаго активнаго распространенія и наконецъ f) возможность быстраго захвата тканей, благодаря широкому и обильному присутствію лимфатическихъ путей въ широкихъ связкахъ матки.

не такъ долго, какъ тамъ; отсюда—*въ-3-хъ*, меньшая опасность инфекціи, также, *въ-4-хъ*, меньше шансовъ на полученіе shok'a; *въ-5-хъ*, кровотеченіе меньше и, наконецъ, *въ-6-хъ*, болѣе наглядная и увѣренная перевязка сосудовъ. Но съ другой стороны при нижней экстирпаціи столько недостатковъ, что всѣ хорошія стороны ея стушевываются. Недостатки этой операціи таковы: *a*) брюшина *долгое время* находится въ соприкосновеніи съ *злокачественнымъ* новообразованіемъ,— тогда какъ при верхней экстирпаціи это бываетъ только въ концѣ операціи, стало быть,—только нѣсколько минутъ; *b*) долго оперируютъ рядомъ съ *ихорознымъ* гнѣздомъ, куски котораго рвутся и могутъ попадать въ поле разрѣза и инфицировать,—что также короче при верхнемъ способѣ; *c*) пораненія пузыря и мочеточниковъ могутъ случиться легче при нижней, чѣмъ при верхней, потому что въ первой операціи шейка матки сильно низводится, вслѣдствіе чего матка *вдвигается между мочеточниками, пузырь эвертируется вмѣстѣ съ передней стѣнкой рукава и сильно приближается къ передней поверхности матки.*

Главная опасность при верхней экстирпаціи—shok и кровотеченіе; но съ другой стороны—все при ней болѣе доступно глазу и рукѣ хирурга, такъ что можно даже «препарировать». Лучше возможенъ туалетъ брюшины. Въ случаѣ пораненія пузыря или мочеточниковъ, удобнѣе поправить это осложненіе. Доступнѣе убѣдиться въ томъ, что все злокачественное дѣйствительно удалено. Удобнѣе отыскать и удалить,—буде нужно,—железы на передней поверхности ossis sacri.

Кромѣ того, экстирпація per laparotomiam во многихъ случаяхъ неизбѣжна и не можетъ быть замѣнена нижней, для выполненія которой нужны извѣстныя условія, какъ-то: ракъ не долженъ заходить далеко на влагалище и сосѣднія ткани, такъ какъ матка должна быть подвижна и легко низводиться, безъ каковыхъ условій операція снизу неудобопримѣнима. Она также невозможна, когда новообразованіе слишкомъ велико и стѣсняетъ операціонное поле. Приступая къ операціи при такихъ условіяхъ, приходится сдѣлать ихъ двѣ сразу: удаленіе новообразованія и затѣмъ уже удаленіе матки,— все это неудобно по причинѣ сильнаго кровотеченія и тяжести дѣйствія *повторныхъ* вмѣшательствъ на больную.

Желая оперировать въ лучшихъ условіяхъ и для этого слѣдовательно избѣгнуть недостатковъ верхней и нижней экстирпаціи въ

отдѣльности,—авторъ [1]) предложилъ комбинировать—оба эти способа, взявъ отъ каждаго изъ нихъ только то, что всего болѣе отвѣчаетъ цѣли операціи.

Его методъ состоитъ въ слѣдующемъ. До операціи: опорожненіе кишечника, 2 раза въ день рукавное спринцеваніе $2^0/_0$ растворомъ карболовой кислоты, ванны. Передъ началомъ операціи—обмываніе живота и наружныхъ половыхъ частей; сбриваніе волосъ; обмываніе живота и genitalia externa, а также послѣдовательное спринцеваніе рукава $5^0/_0$ растворомъ карболовой кислоты. Оперируемая насколько возможно болѣе завертывается въ вату (во избѣжаніе охлажденія и collapsus) и забинтовывается. Если операція затягивается, то конечности завертываются въ горячія мокрыя простыни [2]). Положеніе какъ для камнесѣченія—ногами къ окну. Наркозъ. Затѣмъ вокругъ новообразованія проводится циркулярный разрѣзъ слизистой оболочки свода влагалища, при чемъ въ переднемъ сводѣ онъ долженъ проходить на $1^1/_4$, съ обоихъ боковыхъ на $1^1/_2$—2 сант. отъ шейки, а въ заднемъ—«по возможности далѣе кзади», ибо въ противномъ случаѣ, по удаленіи матки, образуется изъ дна дугласа и задней стѣнки рукава большой *выступъ*, который мѣшаетъ свободному стоку отдѣленій. Если возможно (т. е. хотя-бы при относительной подвижности матки), то авторъ продолжаетъ отдѣленіе сводовъ выше, чѣмъ въ сущности и завершается эта первая часть операціи. Рукавъ промывается; въ своды закладываются губки, и тотъ часъ же приступаютъ къ выполненію второй части (верхняя экстирпація) операціи.

Spray. Разрѣзъ долженъ идти ниже симфиза сант. на $1^1/_2$, чтобы этимъ избѣжать напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Въ общемъ эта часть операціи мало чѣмъ отличается отъ обычнаго фрейндовскаго способа, какъ въ этомъ сознается самъ авторъ. Послѣ удаленія матки,—больную удерживаютъ въ сидячемъ положеніи и промываютъ $2^0/_0$ карболовой кислотой полость малаго таза сверху, причемъ жидкость вытекаетъ черезъ рукавъ. Края peritonei сшиваются со слизистой рукава главнымъ образомъ для того, *чтобы уничтожить выступающій уголъ задняго свода*. Одинъ Т-образный дре-

---

[1]) Die Drainirung d. Peritonealhöhle. 1881. Stuttgart.

[2]) Въ будущемъ авторъ думаетъ оперировать, надѣвши на больную такой—съ двойными стѣнками—костюмъ, чтобы по немъ былъ постоянный токъ воды извѣстной (36°/R.) температуры.

нажъ вшивается по возможности *выше* въ малый тазъ; другой простой около дна таза. Оба выходятъ въ рукавъ. Для предупрежденія выпаденія кишекъ черезъ рану въ нее вшивается кэтгутовая сѣтка[1]). Въ нижнемъ углу брюшной раны, между брюшной и на-

[1]) Bardenheuer, какъ извѣстно, много работалъ надъ вопросомъ о дренированіи брюшной полости и постепенное совершенствованіе методики представляетъ слѣдующія фазы:

1-й способъ—простой Т-образный дренажъ.

2-й способъ. Дренажъ имѣлъ также Т-образную форму. Перпендикулярная часть его состояла изъ двухъ трубокъ: одна изъ нихъ соединялась вверху съ поперечной и служила для впрыскиванія воды; другая назначалась для стока секретовъ и имѣла въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ боковыя отверстія.

Приводящая трубка имѣла отверстія только около нижней поверхности поперечной; при инъекціи вода вгоняется въ поперечную чрезъ эту приводящую трубку и вытекаетъ затѣмъ сверху внизъ въ малый тазъ. Чрезъ выводящую вода стекаетъ опять наружу.

Въ виду того, что иногда получалось запираніе какъ дренажей, такъ даже и всего брюшиновлагалищнаго отверстія,—авторъ видоизмѣнилъ этотъ дренажъ тѣмъ, что прибавилъ еще одну поперечную трубку, накрестъ съ прежней поперечной. Четыре конца такого креста онъ пришивалъ къ брюшинѣ входа въ малый тазъ. Но и при этомъ видоизмѣненіи всетаки бывало иногда проскальзываніе кишечныхъ петель.

Эти двѣ первыя модификаціи оставались въ ранѣ до срока полнаго склеиванія кишекъ, что, по мнѣнію автора, было не раньше 8—10 дня послѣ операціи.

3-й способъ. Не удовлетворяясь въ смыслѣ удерживанія кишекъ отъ пролябированія обоими предъидущими методами, авторъ рѣшился примѣнить каучуковую, со множествомъ отверстій, пластинку, которую онъ подвигалъ надъ поперечной Т-образнаго дренажа и пришивалъ все это къ брюшинѣ входа въ малый тазъ. Кромѣ того,—на отвѣсную трубку надѣвалась еще болѣе толстая, въ 3—4 с. длиною, которая служила какъ бы муфтой для первой и защищала ее отъ возможности сдавливанія краями раны.

Стокъ жидкости въ такомъ видоизмѣненіи дренажа получался черезъ отверстіе между швами, фиксирующими пластинку, черезъ имѣющіяся въ ней отверстія и, наконецъ, черезъ самый дренажъ.

При этомъ дренажѣ уже черезъ 4 дня получались зловонныя отдѣленія, и потому тотчасъ же приходилось удалять его. Самое удаленіе было всегда весьма болѣзненнымъ, потому что приходилось надрывать уже образовавшіяся спайки или даже отрывать куски брюшины въ мѣстахъ пришиванія къ ней пластинки, такъ какъ кэтгутъ не всегда разсасывался къ этому времени. Стокъ былъ незначителенъ. На самой пластинкѣ задерживалось большое количество разложившихся массъ. Ею, кромѣ того, производилось довольно сильное раздраженіе, и былъ даже случай decubitus.

4-й способъ. Неудовлетворенный первыми тремя методами, Bard. надѣялся удовлетворить цѣлямъ дренированія, вшивая въ раневую поверхность кэтгутовую сѣтку. Приготовляется такая сѣтка изъ тонкаго кэтгута; ея размѣръ=

ружной кожей, *всегда* образуется большой карманъ, въ который авторъ вводитъ *всегда* по два дренажа. Иногда еще вводится черезъ средину брюшнаго разрѣза костяный дренажъ, доходящій до перетонеальной раны. Повязка состоитъ изъ широкаго брюшнаго пояса, поверхъ котораго накладывается эластическій бинтъ. Помѣщающіеся концы дренажей въ рукавѣ обертываются марлей. Послѣ этого Т-образная повязка на pudenda externa. Оперированной придается «по возможности»—возвышенное положеніе.

Fritsch [1]) начинаетъ операцію не съ передняго и не съ задняго, а съ одного изъ *боковыхъ сводовъ*, желая въ самомъ началѣ операціи выполнить то, что есть въ ней наиболѣе труднаго, т. е. перевязку широкихъ связокъ. Начиная отдѣленіе съ боковъ и постепенно препаруя глубже и глубже, можно шагъ за шагомъ, говоритъ авторъ, слѣдить за кровотеченіемъ и совѣтуетъ останавливать его только *обкалываніемъ*, а отнюдь не перевязкой отдѣльными лигатурами, которыя легко стираются то губками, то инструментами, или даже, при манипуляціяхъ, руками. Кромѣ того, онъ дополняетъ, что если угодно избѣжать соскальзыванія лигатуръ и кровотеченія, то обкалываніе нужно дѣлать по возможности дальше къ периферіи.

Съ цѣлью получить гладкую рѣзанную рану, отдѣленіе производить не пальцемъ, а *бистуріемъ*.

Отдѣленіе сперва начатаго боковаго свода совершаетъ на высоту

6—8 квадр. сант.; величина петель=1 кв. с. Для ея укрѣпленія захватывается большая складка брюшины, предварительно на 2 с. отъ rectum и непрерывнымъ швомъ соединяется съ петлями сѣтки; такимъ образомъ идетъ дальше, дѣлая уколы на 1—2 сант.

Когда сѣтка вшита, то вводятся двѣ дренажныхъ трубки: одна толстая, Т-образная, какъ приводящая, пришивается къ выдающемуся выступу брюшины, другая простая трубка вводится въ дугласъ и фиксируется тамъ—лучше всего отдѣльнымъ швомъ, что нужно сдѣлать до вшиванія сѣтки. Эта трубка служитъ для стока секрета и промывающихъ средствъ.

При этомъ видоизмѣненіи входъ въ тазъ остается открытымъ, и въ тоже время петли кишекъ не могутъ попадать въ дугласъ. Удаленіе сѣтки не необходимо, такъ какъ она всецѣло всасывается. Кромѣ того,—дренажи и сѣтка въ цѣломъ значительно легче предъидущихъ и потому меньше раздражаютъ, въ силу чего образуется гораздо меньше секрета, стокъ для котораго также улучшенъ.

[1]) Centr. f. Gyn. 83 № 37; Archiv f. Gyn. B. XXIX. H. III.

5 сант., послѣ чего, остановивши совершенно кровотеченіе, переходитъ на другую сторону и здѣсь поднимается на такую же высоту.

Послѣ этого онъ соединяетъ обѣ боковыя раны разрѣзомъ передняго и задняго сводовъ вплоть до парацервикальной клѣтчатки и въ получившійся такимъ образовъ циркулярный разрѣзъ, какъ въ жолобъ, закладываетъ *эластическую лигатуру*, которую плотно затягиваетъ. Этимъ совершенно останавливается кровотеченіе изъ нижняго отрѣзка раковопораженной влагалищной части. Послѣ этого приступаетъ къ отдѣленію мочеваго пузыря и затѣмъ только задняго свода. Матка опрокидывается *кпереди* или форсированнымъ отталкиваніемъ влагалищной части кзади, чего достаточно бываетъ при легко подвижной маткѣ, или же вытягиваетъ ее крючками, накладывая ихъ на переднюю поверхность органа все выше и выше. Совершивши этотъ маневръ, авторъ доканчиваетъ перевязку и отдѣленіе верхняго участка широкихъ связокъ. *Выпавшія* трубы и яичники удаляетъ, и вообще въ принципѣ согласенъ со взглядами нѣкоторыхъ авторовъ, что ихъ нужно удалять всегда, даже у самыхъ молодыхъ женщинъ. Покончивши совершенно съ отдѣленіемъ матки, авторъ осматриваетъ всю раневую поверхность и тщательно останавливаетъ кровотеченіе. Послѣ этого рана вытирается губками, іодоформируется и въ нее вводится іодоформенно марлевый тампонъ такъ, чтобы сант. на два онъ былъ въ полости брюшины. Авторъ не отрицаетъ раціональности сшиванія брюшины, но самъ не примѣняетъ его.

Авторъ обращаетъ вниманіе на слѣдующія преимущества его способа: а) начиная отдѣленіе съ боковыхъ сводовъ, выполняетъ сперва самую трудную часть операціи и б) этимъ же самымъ гарантируетъ себя отъ кровотеченія изъ параметріевъ; с) получаетъ гладкую, легко обозримую рану; d) не накладывая лигатуръ en masse, а только обкалывая, поступаетъ по правиламъ хирургіи и избѣгаетъ случайности соскальзыванія лигатуръ; е) эластическая лигатура также имѣетъ значеніе, останавливая кровотеченіе изъ влагалищной части, ибо послѣ опрокидыванія сочащаяся кровь можетъ отрывать и заносить въ брюшину раковые элементы; f) наконецъ, авторъ указываетъ на особенную выгоду опрокидыванія матки кпереди, такъ какъ этимъ только усиливается *естественное* наклоненіе органа впередъ,

къ чему уже физіологически болѣе приспособленъ весь связочный аппаратъ.

Leopold [1]) произвелъ свою первую экстирпацію 11-го октября 1883 года.

Его методъ оперированія во многомъ отличается отъ другихъ и состоитъ въ слѣдующемъ: при постоянномъ орошеніи 1$^0/_0$ карболовой кислотой, матка низводится мюзеевскими или пулевыми щипцами, послѣ чего вся раковая поверхность, первоначально обмытая 5$^0/_0$ растворомъ той же кислоты, тщательно выскабливается ложечкой и открытый послѣ этого цервикальный каналъ очищается тѣмъ-же растворомъ и плотно тампонируется ватой.

«Границы мочевого пузыря обыкновенно выступаютъ въ видѣ циркулярной складки, по направленію которой и дѣлается первый разрѣзъ», охватывающій $^2/_3$ окружности шейки и идущій по возможности дальше отъ раковой ткани. Раневой край захватывается въ 4—5 лигатуръ и передается ассистенту; а самъ операторъ начинаетъ отдѣленіе мочевого пузыря отъ шейки. Отдѣленіе пузыря бываетъ затруднено или особенно плотнымъ соединеніемъ боковыхъ «угловъ» (сторонъ) дна его съ шейкой матки, или же особеннымъ разрыхленіемъ и ломкостью ткани самой шейки. Въ послѣднемъ случаѣ авторъ по руководству катетера отдѣляетъ пузырь *около самой мускулатуры* его.

Послѣ отдѣленія спереди вплоть до plica vesicouterina, приступаетъ къ полному отдѣленію сзади; послѣ чего въ задній сводъ вводится губка для предупрежденія выпаденія кишекъ и др. органовъ.

Приступая къ отдѣленію широкихъ связокъ, удаляетъ заднее зеркало, вводитъ указательный палецъ лѣвой руки въ задній дугласъ и прокалываетъ, выпяченный кпереди пальцемъ, участокъ широкой связки аневризматической иглой съ двойной или простой шелковой ниткой, которую крѣпко затягиваетъ, а перевязанный ею участокъ ткани разсѣкаетъ ножницами. Такимъ образомъ поднимаясь все выше и выше, доходитъ вплоть до трубы. Послѣ этого совершенно такое-же отдѣленіе производится на противоположной сторонѣ. Послѣ полнаго отдѣленія и съ этой стороны, матка выпадаетъ въ рукавъ.

---

[1]) Archiv f. Gynäkol. B. XXX, H. III. p. 401. Centrabl. f. Gynäkol. 1886. № 2.

своимъ правымъ (авторъ чаще начинаетъ отдѣленіе слѣва, гдѣ не перерѣзана труба) бокомъ, вися на plica vesicouterina, которая перевязывается одной-двумя лигатурами и разсѣкается. Только послѣ всего этого перевязывается и перерѣзывается труба лѣвой стороны, съ которой начато было отдѣленіе широкихъ связокъ.

Трубы и яичники удаляетъ только въ случаѣ ихъ выпаденія.

Въ концѣ операціи вынимается губка, вся раневая поверхность вытирается отжатыми отъ $5^0/_0$ раствора карбол. кислоты губками; іодоформируется, и «каждая складка» раны, а также и вся полость рукава выполняется іодоформенной марлей

Авторъ указываетъ, какъ на особенность своего метода, малую потерю крови.

Совѣтуетъ при узкомъ рукавѣ во избѣжаніе перинеотоміи достигать необходимой емкости рукава постепеннымъ механическимъ растяженіемъ зеркалами и боковыми подъемниками.

Gusserow [1]) оперируетъ по методу Schröder'a, дѣлая отступленіе въ слѣдующемъ: 1) затягиваетъ зѣвъ; 2) брюшину сзади и спереди соединяетъ нѣсколькими узловыми швами съ соотвѣтственной слизистой оболочкой рукава и 3) съуживаетъ раневую поверхность боковой клѣтчатки пришиваніемъ къ ней соотвѣтственныхъ культей широкихъ связокъ, которыя и выводятся такимъ образомъ изъ полости брюшины въ рукавъ. Въ остающееся отверстіе вводитъ Т-образный дренажъ, а рукавъ выполняетъ іодоформенной марлей.

Удобства такого способа по автору слѣдующія: а) сшиваніемъ брюшины со слизистой рукава избѣгается возможность кровотеченія изъ клѣтчатки передняго и задняго сводовъ и отхожденіе брюшины кверху и, кромѣ того, этимъ съуживается раневая поверхность; б) боковымъ сшиваніемъ культи помѣщаются внѣ брюшины и наконецъ в) *такое* сшиваніе облегчаетъ стокъ секретамъ:

Если нѣтъ зловонныхъ отдѣленій, то тампонъ и дренажъ остаются до 8-го дня, съ какого времени начинаютъ дѣлать ежедневныя рукавныя спринцеванія. Въ противномъ же случаѣ тампонъ вынимается на 3—4 день, а ежедневныя промыванія съ этого времени дѣлаются черезъ дренажъ. Швы снимаются при полномъ ихъ ослаб-

---

[1]) Pfannenstiel. Inaug. Dissertation. 1885. Berlin.

леніи, среднимъ числомъ въ концѣ 3-й недѣли; оперированная до этого времени остается въ постелѣ.

Staude [1]) дѣлитъ операцію на три акта, изъ которыхъ 1-й состоитъ въ отдѣленіи всего передняго свода вплоть до plica vesicouterina и *достаточномъ* круговомъ отдѣленіи шейки; 2-й начинается вскрытіемъ задняго дугласа и опрокидываніемъ матки кзади. Послѣ этого поперемѣнно то справа, то слѣва перевязываетъ кэтгутомъ въ отдѣльные участки верхней отдѣлъ широкихъ связокъ. Этотъ актъ операціи кончается полнымъ разсѣченіемъ широкой связки одной стороны съ перерѣзкой plicae vesicouterinae и наконецъ перевязкой и разсѣченіемъ оставшагося отдѣла второй широкой связки; 3-й актъ операціи состоитъ въ очищеніи раневой поверхности хлорной водой, погруженіи въ брюшную полость культей широкихъ связокъ и въ зашиваніи раны. Шовъ (кэтгутовый), вначалѣ узловой, а теперь непрерывный накладывается или только на листки брюшины, причемъ рана параметральной клѣтчатки дренируется, или же и эта рана закрывается сшиваніемъ между собою разрѣзанныхъ краевъ слизистой оболочки рукава. Въ послѣднемъ случаѣ вагинальные раневые края соединяются не вполнѣ, а только нѣсколькими узловыми швами, такъ какъ разрѣзъ спереди и сзади бываетъ не одинаковъ. Въ остающіеся дефекты сшиванія иногда вкладывается 2—3 маленькихъ дренажа, и рукавъ тампонируется. Промываніе черезъ дренажи и смѣна тампона производится ежедневно. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ дренажи совсѣмъ не употребляются, а по сшиваніи вагинальной раны, полость рукава просто тампонируется.

Thelen [2]), при отдѣленіи спереди и сзади, старается по возможности дальше отодвинуть брюшину, не вскрывая ея. Разсѣченіе боковой клѣтчатки авторъ ведетъ *параллельно* съ обѣихъ сторонъ, обкалывая и перерѣзая по частямъ, держась близко къ маткѣ, которая постепенно становится все болѣе и болѣе подвижной. Когда большая часть параметріевъ параллельно съ обѣихъ сторонъ перевязана и перерѣзана, вскрываетъ брюшину, какъ спереди, такъ и сзади. Послѣ этого пальцемъ черезъ передній сводъ заводитъ лигатуру en masse на оставшуюся съ той и другой стороны часть ши-

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1883. № 45 p. 659; 1886. №№ 35 и 36.
[2]) Centralblat f. Gynäkol. 1886. № 36.

рокой связки, которая послѣ перетягиванія разсѣкается. Вслѣдъ за этимъ матка, висящая только на круглыхъ связкахъ и трубахъ, опрокидывается кзади и извлекается вполнѣ только послѣ перевязки какъ трубъ, такъ и круглыхъ связокъ.

Frankenhсuser [1]), раньше вскрытія сводовъ, примѣняетъ выскабливаніе или ампутацію раковыхъ массъ. Ходъ операціи въ общемъ по смѣшанному Czerny-Billroth'овскому способу. Если раньше была сдѣлана ампутація влагалищной части, или вообще почему-нибудь низведеніе матки неудобно, то для облегченія опрокидыванія, Frank. расширяетъ уретру и пальцемъ черезъ мочевой пузырь опрокидываетъ матку *всегда* кзади, считая это болѣе легкимъ. Онъ не согласенъ съ Mikulicz'емъ, что при опрокидываніи взадъ возможно разорвать пузырь.

Трубы и яичники удаляетъ, если они *легко* достигаются.

Brenecke [2]), убѣдившись въ томъ, какъ трудно бываетъ, низведеніе матки, придумалъ для этой цѣли особый инструментъ. Послѣдній представляетъ собою полую, металлическую, съ 2 боковыми окнами, гильзу, въ которой при посредствѣ винта, устроеннаго въ ручкѣ инструмента, движется центральная (металлическая же) палочка, на своемъ верху такъ раздвоенная, что каждая ея вѣтвь при выдвиганіи выходитъ черезъ окно гильзы и, будучи вставлена въ полость матки, упирается въ стѣнки ея. Maximum расхожденія этихъ вѣтвей 4,5 с. Авторъ самъ сознается, что примѣненіе такого аппарата, названнаго uterusclamm'омъ, не можетъ быть широко. Послѣ вскрытія передняго свода и отдѣленія вплоть до внутренняго зѣва, онъ дѣлаетъ обкалываніе боковой клѣтчатки не со стороны рукава, а въ самомъ сдѣланномъ отверстіи, для чего онъ пользуется особенной, на подобіе аневризматической, иглой. Вскрывши задній сводъ, приступаетъ къ опрокидыванію матки назадъ, для чего вынувъ uterusclammer, онъ сильно продвигаетъ влагалищную часть къ симфизѣ и въ то время, какъ ассистентъ съ энергіей давитъ на дно матки черезъ наружные покровы, самъ заходитъ пальцемъ въ задній сводъ и пулевыми щипцами вытягиваетъ дно въ рукавъ. Обращаетъ

---

[1]) Fritz Brunner. Inaug. Dissertation. 1883. Zürich.

[2]) Centralblatt f. Gynäk. 1881. № 8. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. B. XII, p. 56.

вниманіе на то, что при такомъ способѣ опрокидыванія инфекціи брюшины не можетъ быть, такъ какъ влагалищная часть *упирается* въ симфизъ. Послѣ опрокидыванія матки, на всю широкую связку накладываетъ эластическую лигатуру и, плотно затянувши ее, перерѣзаетъ ткань связки. Во избѣжаніе укороченія культи, оперируетъ въ *muscularis матки.* По окончаніи операціи вытягиваетъ культи настолько внизъ, чтобы онѣ вдавались въ просвѣтъ рукава, и фиксируетъ ихъ здѣсь, связывая эластическія лигатуры шолковой ниткой. Этимъ, по мнѣнію автора, достигается, во 1-хъ то, что мортифицирующіяся культи находятся далеко отъ брюшины, а во 2-хъ, получается барьеръ, препятствующій выпаденію кишекъ и вмѣстѣ съ тѣмъ не мѣшающій стоку раневого секрета. Послѣ всего этого рукавъ выполняется ватой съ іодоформомъ и глицериномъ, смѣняемыми только черезъ недѣлю.

Anderson [1]), во избѣжаніе смѣщенія сосѣднихъ съ маткой органовъ, фиксируетъ ее, но въ первый моментъ совершенно избѣгаетъ низведенія. Циркулярный разрѣзъ вокругъ всей шейки дѣлаетъ гальвано-каустическимъ ножемъ. Только послѣ отдѣленія пальцемъ спереди и сзади вплоть до брюшины, онъ сильно низводитъ матку и теперь ножемъ вскрываетъ передній и задній листокъ брюшины на столько, чтобы черезъ эти отверстія завести по пальцу при помощи мужскаго катетра двѣ проволоки, которыя закладываетъ по бокамъ матки и ими плотно стягиваетъ широкія связки. Послѣ этого соединяетъ проволоки по очереди съ баттареей и медленно, пользуясь только краснымъ накаливаніемъ проволоки, пересѣкаетъ всю массу широкихъ связокъ. Сдѣлавши это съ обѣихъ сторонъ, извлекаетъ матку и рукавъ закладываетъ тампонами.

Schatz [2]) проводитъ первый разрѣзъ отъ мѣста прикрѣпленія слизистой оболочки сводовъ рукава по средней линіи *діагонально.* Постепенно останавливая кровотеченіе изъ артерій, онъ доходитъ до Дугласова пространства, которое вскрываетъ такимъ-же діагональнымъ разрѣзомъ. Послѣ этого начинается «*отшиваніе*» влагалища отъ матки цѣпочнымъ швомъ, который начинается на одной изъ сторонъ разрѣза, при посредствѣ одной длинной нитки, со мно-

---

[1]) Americ. Journ. of Obstetr. 1882, p. 322.

[2]) Archiv f. Gynäkol. B. XXI. H. 3.

гими, надѣтыми на нее, иглами. Вколъ дѣлается со стороны дугласа и, выйдя иглою въ рукавъ, получаютъ здѣсь довольно длинную петлю. Повторяя рядъ вколовъ слѣдующими на той-же самой ниткѣ иглами, во влагалищѣ образуется рядъ длинныхъ петель, которыя разрѣзываются, и соотвѣтственныя части двухъ сосѣднихъ петель затягиваются между собою.

Вколы дѣлаются на разстояніи 1 сант. другъ отъ друга. Это «отшиваніе» или, какъ еще вѣрнѣе выражается *Schatz*, «*отторочиваніе*», начинаясь со средины задняго свода (одна изъ сторонъ діагональнаго разрѣза), продолжается на боковыхъ сводахъ до тѣхъ поръ, пока въ такой швъ не будетъ захвачено основаніе широкихъ связокъ. То же повторяется и съ другой стороны.

По окончаніи отшиванія со стороны рукава, авторъ опрокидываетъ матку черезъ задній сводъ и, получивши широкія связки во влагалищѣ, начинаетъ отшивать ихъ отъ матки такимъ-же цѣпочнымъ швомъ. Uterus при этомъ, по мѣрѣ наложенія звѣньевъ лигатурной цѣпи, отрѣзывается, и такимъ образомъ Schatz доходитъ до того мѣста основанія широкихъ связокъ, которое уже было захвачено однимъ звѣномъ шва еще со стороны влагалища, и теперь авторъ старается закрѣпить швомъ основаніе связокъ такъ, чтобы два послѣднихъ звѣна (одинъ изъ влагалища, другой со стороны peritonei) перекрещивались другъ съ другомъ. Такъ повторяется съ широкими связками обѣихъ сторонъ.

Послѣ этого, авторъ отдѣляетъ со стороны брюшины мочевой пузырь и, по удаленіи матки, наложеніе цѣпочнаго шва, оконченное на боковыхъ сводахъ, продолжается въ томъ-же духѣ и на передній. Послѣ добросовѣстной очистки Дугласова пространства отъ кровяныхъ сгустковъ и проспринцовыванія раны 2% теплымъ растворомъ карболовой кислоты, полость раны оставляется незашитой.

Не зашивая полости брюшины, не тампонируя влагалища, Schatz сажаетъ своихъ оперированныхъ въ особенное стуло (на подобіе шведскихъ креселъ-качалокъ) и, избѣгая въ своихъ послѣднихъ случаяхъ влагалищныхъ ирригацій, удерживаетъ больныхъ *въ сидячемъ положеніи* подъ угломъ отъ 45—90%. Въ такомъ положеніи оперированныя остаются *5—7 дней*, и отдѣленія изъ влагалища стекаютъ въ особенный пріемникъ, устраиваемый подъ

стуломъ. Съ 6—8 дня оперированныя укладываются на спинѣ въ постель и остаются такъ до 20-го дня.

Какъ *необходимое и лучшее* условіе закрытія раны, Sch. считаетъ возможно большее переполненіе пузыря и recti. Авторъ говоритъ, что: 1) мочевой пузырь у женщины отличается своею емкостью, что именно и выгодно въ данномъ отношеніи; 2) онъ легко мѣняетъ свое положеніе при малѣйшемъ измѣненіи положенія сосѣднихъ органовъ. Слѣдовательно, по мнѣнію автора, утилизируя эти данныя съ цѣлью закрытія раны, мы должны *возможно большій промежутокъ времени* не опоражнивать rectum и мочевой пузырь, который, въ силу большаго препятствія спереди, въ видѣ брюшного пресса, откинется въ сторону меньшаго сопротивленія, именно назадъ и здѣсь прійдетъ въ соприкосновеніе съ петлей S romani, а этимъ соприкосновеніемъ ихъ, вслѣдствіе послѣдовательнаго склеиванія между собою, и обусловливается полное изолированіе полости брюшины отъ раневой поверхности.

Если Sch. примѣняетъ дренажъ, то употребляетъ его такимъ образомъ: длинная каучуковая трубка вводится черезъ рукавъ и всю раневую поверхность до самаго глубокаго мѣста остатка задняго Дугласова мѣшка, откуда *черезъ искусственное отверстіе* выводится снова во влагалище, гдѣ оба конца трубки связываются между собою. Съ такимъ дренажемъ оперированныя все-таки удерживаются въ сидячемъ положеніи.

Вскрытіями трехъ, умершихъ отъ операцій, случаевъ авторъ доказываетъ тотъ общепонятный фактъ, что, переполненные ad maximum, пузырь и S romanum дѣйствительно соприкасаются между собой, вытѣсняя тонкія кишки кверху, и такимъ образомъ закрываютъ брюшинное отверстіе [1]).

Tauffer [2]) особенно настаиваетъ на значеніи своихъ подготови-

---

[1]) Какъ ни старались мы быть совершенно объективнымъ референтомъ отдѣльныхъ способовъ операціи, не можемъ удержаться, чтобы не сказать, что цитируемая нами статья производитъ чрезвычайно тяжелое нравственное впечатлѣніе. Отдавая должное вниманіе полученнымъ даннымъ вскрытій,—мы въ то-же время много сомнѣваемся въ томъ,—нужно-ли было производить такіе тяжелые эксперименты надъ оперированными, какими представляется вся постановка послѣопераціоннаго періода у Schatz'a? Лучшимъ отвѣтомъ на это да послужитъ то, что Sch. не нашелъ ни одного послѣдователя своему методу.

[2]) Archiv f. Gynäkol. B. XXIII. H. 3.

тельныхъ (ампутаціи, выскабливанія и прижиганія въ одинъ или даже нѣсколько пріемовъ за недѣлю и болѣе до операціи, о чемъ смотр. въ описаніи его случаевъ); авторъ говоритъ, что этимъ онъ не приводитъ въ соприкосновеніи съ peritoneum инфецирующихъ массъ новообразованія, которыя, будучи выдавлены изъ полости матки или шейки на раневую поверхность, *не могутъ быть удалены* даже при самомъ тщательномъ вымываніи.

Кромѣ того, авторъ указываетъ еще то, что, останавливая дней на десять передъ операціей кровотеченіе, онъ даетъ организму больной собраться съ силами для болѣе трудной операціи. Если, приступая къ самой операціи удаленія всей матки, онъ при изслѣдованіи находитъ неудаленные остатки новообразованія, то сперва освобождается отъ нихъ и потомъ только начинаетъ экстирпацію матки.

Tauffer оставилъ при операціи Симоновское положеніе, потому что больныя въ первые дни послѣ операціи сильно жалуются на боли въ бедренныхъ сгибахъ отъ чрезмѣрной абдукціи и необходимой при этомъ гиперфлексіи; онъ предпочитаетъ дѣлать операцію на столѣ Veit-Schröder'а.

Для разведенія стѣнокъ влагалища авторъ пользуется или зеркалами съ постояннымъ орошеніемъ, или употребляетъ свое, болѣе короткое, плоское и широкое зеркало. Тѣмъ или другимъ изъ этихъ зеркалъ авторъ пользуется только до производства циркулярнаго разрѣза, а потомъ онъ посредствомъ пальца только отдавливаетъ стѣнки влагалища. Форсированное низведеніе матки считаетъ очень опаснымъ. Отдѣленіе мочеваго пузыря иногда можетъ быть труднымъ, потому что, какъ думаетъ Tauffer, *не попадаютъ въ надлежащій слой клѣтчатки.* Отдѣленіе пузыря не можетъ ограничиваться только поверхностью матки, но *должно идти и значительно въ стороны*, такъ какъ, по указанію *Reuss*'а, въ чемъ соглашается и Tauffer, распространеніе маточно-пузырной клѣтчатки значительно заходитъ и въ широкія связки, и если такое (въ стороны) отдѣленіе не было достаточно, то тѣмъ легче могутъ попасть въ одинъ изъ глубокихъ швовъ мочеточники. Авторъ нотируетъ значеніе захватыванія складки брюшины, послѣ ея полнаго вскрытія, въ лигатуру. Особенно одобряетъ предварительную (чрезъ влагалище) перерѣзку основанія широкихъ связокъ, какъ мо-

ментъ, значительно облегчающій слѣдующее затѣмъ опрокидываніе матки.

Tauffer принципіально высказывается за сшиваніе раневой поверхности, хотя категорическій отвѣтъ по этому вопросу считаетъ недостаточно еще обоснованнымъ. Онъ указываетъ на особенную важность вшивать имѣющія некротизироваться культи широкихъ связокъ *внѣ* брюшины. Сшиваніемъ параметріевъ достигается, по автору, кромѣ съуженія поверхности раневой воронки, еще и болѣе вѣрное кровоостановленіе. Въ своихъ послѣднихъ четырехъ случаяхъ авторъ накладывалъ на параметріи скорняжный шовъ.

Bokelmann [1]) считаетъ очень опасными подготовительныя, въ смыслѣ Tauffer'а операціи, потому что такими манипуляціями вскрывается множество какъ венозныхъ, такъ и лимфатическихъ сосудовъ и щелей, чѣмъ дается возможность всасыванія съ одной стороны злокачественныхъ клѣтокъ, съ другой—инфекціонныхъ элементовъ. Отсюда, слѣдовательно, большій рискъ заразить организмъ или метастазами въ болѣе отдаленные органы изъ прежде мѣстнаго очага болѣзни, или отравить септическимъ ядомъ. Во избѣжаніе этого онъ особенно обращаетъ вниманіе на свое видоизмѣненіе хода операціи, хотя, предлагая его, самъ указываетъ на слишкомъ большое количество модификацій оперированія и объясняетъ это тѣмъ, что наша операція не имѣетъ еще хорошо выработаннаго общаго способа. Способъ *Bokelmann*'а таковъ: задняя стѣнка рукава отодвигается короткимъ зеркаломъ *Fritsch*'а, передняя плоскимъ *Simonn*'а, которыя (оба) онъ считаетъ за болѣе удобныя для нашей операціи. Первый разрѣзъ дѣлается въ одномъ изъ *боковыхъ сводовъ*. Шагъ за шагомъ послѣдоватально перерѣзываются здѣсь ткани съ обращеніемъ особеннаго вниманія на остановку кровотеченія, для чего лигатуры накладываются и на сосуды, отдѣляемой въ этой фазѣ операціи, шейки матки. Авторъ не считаетъ возможнымъ указать, насколько высоко должно идти въ параметріи,—такъ какъ это не одинаково въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ; но окончательная и главная цѣль—*достигнуть* и, по предварительномъ прочномъ перевязываніи, *перерѣзать arteriam uterinam*. Послѣ того, какъ это будетъ выполненно, и во всемъ разрѣзѣ кровь будетъ остановлена «по совѣ-

---

[1]) Breslauer ärztliche Zeitschrift. 84, № 13. Archiv f. Gynäkol. B. XX. H. I

сти», — переходятъ на второй боковой сводъ, гдѣ оперируютъ точно такимъ же образомъ.

Чѣмъ больше, при этомъ отдѣленіи шейки отъ параметріевъ, будетъ кровотеченіе, тѣмъ меньше оно можетъ встрѣтиться въ то время, когда будетъ вскрыта брюшина. Это, по автору, — весьма важное обстоятельство.

Послѣ вскрытія съ боковъ до желанной высоты, приступаютъ, соединяя высшія точки боковыхъ разрѣзовъ, къ вскрытію передняго свода, гдѣ, оперируя пальцемъ и рукояткой скалпеля, доходятъ до plica vesicouterina, перерѣзавши которую, захватываютъ ее въ отдѣльную лигатуру и удерживаютъ.

Опрокидываніе матки производятъ черезъ передній сводъ. Этимъ авторъ хочетъ достигнуть, чтобы грязныя раковыя массы уперлись въ поверхность еще *невскрытаго задняго свода*, чѣмъ дается возможность изоляціи ихъ отъ порѣзанныхъ тканей и безвредности въ смыслѣ инфекціи раны. Такое видоизмѣненіе авторъ считаетъ также весьма важнымъ.

Перевязку связокъ авторъ начинаетъ съ лѣвой стороны, накладывая лигатуры на 1 сант. отъ матки; при чемъ этотъ органъ отдѣляется послѣдовательно, по мѣрѣ наложенія лигатуръ. Теперь, говоритъ *Bokelmann*, «во очію ясно, какъ много сдѣлано тѣмъ, что, начавши операцію съ боковыхъ сводовъ, мы перевязываемъ arteriam uterinam, потому что кровотеченіе изъ сѣмянныхъ сосудовъ бываетъ очень незначительно, — чѣмъ, слѣдовательно, и дана возможность *незагрязненія брюшины* кровью при отдѣленіи матки.

По выведеніи отдѣленной матки и добросовѣстнаго очищенія раны, причемъ главное вниманіе обращается на то, — все ли кровоточащее перевязано, въ раневую полость и влагалище рыхло напихивается узкими лентами іодоформенная марля. Авторъ не соглашается съ значеніемъ перитонеальнаго шва въ смыслѣ герметическаго закрытія брюшинной полости, — такъ какъ трудно, по его взгляду, сложить двѣ такихъ тонкихъ, нѣжныхъ пластинки, какъ peritoneum, чтобы, сшивая ихъ, разсчитывать на изоляцію ими одной полости отъ другой.

Не соглашается онъ также съ раціональностью примѣненія дренажа или постояннаго орошенія, и самъ въ послѣоперaціонномъ періодѣ строго придерживается выжидательнаго способа леченія, остав-

ляя тампоны въ большинствѣ случаевъ до 7-го и даже до 13-го дня. Во всякомъ случаѣ, указаніемъ къ осмотру и промыванію раны служитъ ему температура и пульсъ больной.

Sänger [1]) придаетъ большое значеніе опрокидыванью матки. Авторъ высказывается въ пользу его вотъ почему: a) перекручиваніе базиса широкихъ связокъ предохраняетъ отъ кровотеченія; b) лигатуры на lig. lata могутъ быть накладываемы болѣе кнаружи чѣмъ при оперированіи in situ; c) удаленіе яичниковъ и трубъ значительно облегчается, такъ какъ ненужно отдѣльно ихъ вытягивать и перевязывать; d) существованіе периметритическихъ сращеній можетъ сдѣлать опаснымъ или даже вовсе невозможнымъ желанную степень низведенія матки для операціи in situ; e) вылущеніе uteri производится болѣе ad oculos, и потому меньше шансовъ перерѣзать наложенныя передъ тѣмъ лигатуры, что возможно при отдѣленіи матки in situ; кромѣ того,—f) въ послѣднемъ случаѣ приходится больше манипулировать въ брюшной полости, причемъ неизбѣжны инсульты на кишки и инфекція брюшины.

Но въ изложеніи методики оперированія особенно выдается своею систематичностью *Haidlen* [2]), который дѣлитъ всю операцію на слѣдующіе семь моментовъ.

1. *Отдѣленіе пузыря отъ матки.* 3 подъемника: 2 боковыхъ и 1 короткій передній; при узкой вагинѣ—разрѣзъ промежности. Оттягивается внизъ передняя губа, если же ея нѣтъ, то захватываютъ за сводъ пулевыми щипцами. Разрѣзъ передняго свода на достаточномъ разстояніи отъ новообразованія. Отдѣленіе клѣтчатки между пузыремъ и маткой — тупымъ орудіемъ. Поднимаясь выше, нужно держаться ближе къ маткѣ, чтобы не попасть между пузыремъ и peritoneum. Когда показался край брюшинной складки, то препарируютъ между нимъ и маткою еще кверху (лучше тупымъ орудіемъ) на 3—4 сант. до дна матки, что удается довольно легко и безъ пораненія брюшины въ силу слабой связи. Кровотеченіе, которое иногда появляется при этомъ, останавливается зажимнымъ пинцетомъ; къ лигатурамъ рѣдко прибѣгаютъ.

2. *Отдѣленіе задняго свода и брюшины отъ задней стѣнки*

---

[1]) Archiv f. Gynäkol. B. XXI. Centr. f. Gynäk. 1887. № 14.
[2]) Archiv f. Gynäkol. B. XIX. H. 1. p. 106.

шейки. Вскрытіе дугласа. Передній подъемникъ удаляется и вставляютъ задній. За заднюю губу щипцами приподнимаютъ шейку кверху и кпереди. На задней поверхности точно также проводится разрѣзъ по направленію къ parametrium до встрѣчи съ переднимъ. Затѣмъ отдѣляютъ сводъ и брюшину отъ задней стѣнки матки, *насколько можно кверху,* и вскрываютъ дугласъ *по возможности выше.* Не всегда удается *высоко* вскрыть дугласъ. Часто при самой большой осторожности—невозможно избѣжать разрѣза или разрыва въ cavum peritonei и въ болѣе глубокомъ мѣстѣ,—что однако невыгодно, такъ какъ брюшина по задней стѣнкѣ матки гораздо ниже, чѣмъ спереди. Обезопасивъ задній край брюшинной раны посредствомъ шелковой петли, вводится въ брюшинную полость чистая губка, прикрѣпленная на ниткѣ въ 25 сант. длины съ бантомъ.

3. *Отдѣленіе parametrii отъ матки.* Сперва приступаютъ къ лѣвому параметрію и съ этой цѣлью сильно оттягиваютъ внизъ и вправо шейку посредствомъ большихъ мюзеевъ. Такимъ образомъ лѣвый param. съ своими сосудами достаточно открывается, чтобы обколоть Dechamps-овскими иглами и перевязать на возможно далекомъ разстояніи отъ матки въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Послѣ этого шагъ за шагомъ отдѣляютъ parametria—ножницами по возможности дальше вверхъ, чтобы сдѣлать матку болѣе подвижной для дальнѣйшихъ манипуляцій. Двойныхъ лигатуръ здѣсь не нужно, ибо кровотеченіе съ боковъ матки незначительно, не говоря уже о недостаточности мѣста для двойной перевязки. Подобнымъ же образомъ отдѣляется и правый параметрій. При отдѣленіи матки отъ параметріевъ и ея боковыхъ соединеній нужно вообще каждую перевязанную часть перерѣзать ножницами сейчасъ же подлѣ лигатуръ. Если это не дѣлать, то легко можетъ случиться, что лигатуры, въ силу натяженія частей, недостаточно затягиваютъ и потому онѣ легко соскальзываютъ.

4. *Опрокидываніе дна матки.* При наклоненной назадъ маткѣ это дѣлаютъ черезъ разрѣзъ въ дугласѣ, захватывая шагъ за шагомъ заднюю стѣнку матки щипцами. Понятно, что для этого нужно освободить шейку и приподнять ее подъ симфизъ. При наклоненіи матки впередъ, достаточно вскрываютъ excavationem vesico-uterinam, край брюшины закрѣпляютъ въ петлю и опрокидываютъ uterus кпереди такъ же, какъ дѣлаютъ это назадъ. Если не захватить края

брюшины, то потомъ, въ силу стремленія краевъ разойтись, отыскать ихъ бываетъ трудно. Особенное вниманіе нужно обратить на закладываніе губки въ нижнюю часть брюшиннаго мѣшка, послѣ опрокидыванія матки, потому что этимъ лучше всего защищаются кишки и предупреждается затеканіе жидкости въ брюшинную полость. Дальнѣйшее отдѣленіе опрокинутой матки дѣлается почти экстраперитонеально.

5. *Отдѣленіе ligg. lata по частямъ.* Послѣ того, какъ дно матки обращено книзу, начинаютъ перевязку ligg. lata въ мѣстѣ прикрѣпленія трубы у матки и отсюда идутъ дальше по шейкѣ. Также какъ и при отдѣленіи параметріевъ, ligg. lata по частямъ обкалываются Dechamps'овскими иглами, перевязываются и отрѣзаются близъ матки. И здѣсь ненужно двойныхъ лигатуръ. Отрѣзки трубъ и lig. ovariaca сейчасъ же захватываются въ зажимные пинцеты, чтобы затѣмъ, при наложеніи перитонеальнаго шва, имѣть возможность достаточно ихъ вытянуть. Концы лигатуръ оставляются длинными.

6. *Отдѣленіе plicae vesic-outerinae. Удаленіе матки.* Если матка была опрокинута черезъ cavum Douglasii, то теперь только остается отдѣлить по ея задней поверхности plicam vesicouterinam. Край брюшины сейчасъ же захватывается въ зажимной пинцетъ и затѣмъ удаляютъ матку. Губка въ брюшной полости замѣняется другой.

7. *Удаленіе яичниковъ. Перитонеальный шовъ.* Съ удаленіемъ матки связано и удаленіе яичниковъ въ томъ случаѣ, если эти послѣдніе легко низводятся при натягиваніи за трубы. Если они совсѣмъ выходятъ наружу, то лучше всего ихъ перевязать и отдѣлить потомъ, вмѣстѣ съ трубами. Если же они останутся intraperitoneal'но, то перевязываютъ ихъ отдѣльно, послѣ чего, отдѣливъ коротко лигатуры, культя закладывается. Удалять яичники, соединенные спайками—очень трудно и нераціонально, потому что этимъ увеличивается опасность операціи. Если же оставить яичники, то едва ли вызываются дурныя послѣдствія, даже у лицъ не въ климактерическомъ періодѣ.

Особенно дезинфизировать брюшную полость, если ее защищали губкой, нѣтъ надобности. Но необходимо очистить суправагинальную рану. Если экстирпація дѣлалась надъ выпавшей маткой, то тогда

поле операцiи доступно само по себѣ; если же матка экстирпирована in situ, то получается большая углубленная рана, боковые концы которой далеко тянутся вверхъ въ тазъ. Чтобы эти зіяющія parametria отдѣлить отъ брюшинной полости, нужно отрѣзки трубъ и ligg. ovariaca вытянуть отдѣльно отъ другихъ лигатуръ, при этомъ узкій участокъ разрѣза широкихъ связокъ низводится въ вагину. Оба листка широкой связки развертываются и покрываютъ теперь нижнюю широкую раневую поверхность параметріевъ. Если такимъ образомъ большая рана превращена въ незначительный поперечный разрѣзъ, то первымъ долгомъ соединяютъ углы ея такимъ образомъ, что крѣпкую и изогнутую иглу пропускаютъ сперва черезъ передній край брюшинной раны, затѣмъ черезъ перитонеальный покровъ трубы, или, если она вся наружи, черезъ lig. tufundibulo pelvicum, и наконецъ черезъ задній край раны. Эти боковые швы сейчасъ же завязываются. Концы лигатуръ оставляютъ длинные. Соединеніе средней части раны незатруднительно. Посредствомъ ранѣе продѣтыхъ петель легко можно выдвинуть края брюшины и даже оттянуть ихъ глубоко въ рукавъ, если удалось, вышесказаннымъ образомъ, удлинить края раны брюшины изъ передняго и задняго брюшнаго покрова матки. Швы завязываются только тогда, когда они всѣ наложены. Непосредственно передъ завязываніемъ ихъ, вынимаютъ изъ таза губку и еще разъ тщательно дезинфицируютъ рану. Швы удаляютъ въ концѣ первой недѣли, иначе они затягиваются грануляціями (черезъ 4 недѣли выпадаютъ сами).

Тампонада. Асептическая тампонада рукава не достигаетъ цѣли, ибо тампоны остаются асептическими только нѣсколько часовъ, а мѣнять ихъ, значитъ, только наносить раздраженія на рану и, кромѣ того, очень хлопотливо.

Попытки зашивать суправагинальную рану не повели ни къ чему, потому что она должна быть лечима открыто и потому, что лежащія въ углахъ лигатуры не позволяютъ полнаго соединенія.

P. Müller [1]), исходя изъ того убѣжденія, что влагалищная экстирпація матки представляетъ собою въ отдѣльные моменты много техническихъ трудностей, говоритъ, что больше всего хлопотъ пред-

[1]) Centralbl. f. Gynäkol. 82. № 8. Eine Modification d. vaginalen Total extirpation d. Uterus.

ставляетъ перевязка и отдѣленіе *первой* широкой связки. Опытъ показываетъ, что перевязка 2-й широкой связки технически облегчается потому, что при этомъ uterus, отдѣленный съ одной стороны, можетъ быть выдвинутъ къ самому introitus. Это навело автора на мысль облегчить технику перевязки и первой широкой связки.

Этого по автору можно достигнуть, если бы опрокинутую или только низведенную матку перерѣзать въ вертикальномъ направленіи на двѣ симметрическихъ половины. Если бы это удалось, то каждую половину матки съ соотвѣтственной широкой связкой можно было бы выдвинуть наружу и здѣсь перевязать съ такимъ же удобствомъ, какое безъ разсѣченія матки возможно было только для перевязки и отдѣленія 2-й широкой связки.

Возникаетъ сомнѣніе только относительно кровотеченія. Но большаго кровотеченія, по автору, при этомъ ждать нельзя, потому что крупные сосуды идутъ по бокамъ матки, а по срединѣ ея, гдѣ долженъ проходить разрѣзъ, идутъ только мелкія ихъ вѣтви. Кромѣ того, кровотеченіе не можетъ быть сильно, если разрѣзъ (пуговчатымъ бистуріемъ при опрокинутой маткѣ, или ножницами, если она низведена) провести быстро. Наконецъ, расколотыя половины можно было бы сильно сжать руками или же добиться остановки кровотеченія, натягивая или перекручивая широкія связки, раньше наложенія на нихъ лигатуръ.

Прилагая свое предложеніе на практикѣ, *Müller* [1]) оперируетъ такимъ образомъ: во все время операціи *aorta abdominalis прижимается* пальцами, и операціонное поле орошается слабымъ растворомъ сулемы. Порядокъ операціи: вскрытіе передняго свода; отдѣленіе пузыря; разрѣзъ plicae vesico-uterinae; вскрытіе задняго свода съ соотвѣтствующей складкой peritonei. Послѣ этого, *не вскрывая боковыхъ сводовъ, опрокидываетъ* матку черезъ задній сводъ. Затѣмъ справа и слѣва матки рукою проводится по толстой шелковой лигатурѣ по всему протяженію широкихъ связокъ въ боковые своды, гдѣ каждая лигатура плотно затягивается. Наложивши эти провизорныя лигатуры, *разсѣкаютъ* ножемъ и ножницами матку въ вертикальномъ направленіи; вслѣдствіе чего, каждая половина ея

---

[1]) *P. Müller*. Zur vaginal. Totalextirpation d. Uterus. Wiener med. Wochenschrift. 84. № 8.

вынимается изъ рукава «какъ полипъ, сидящій на очень длинной ножкѣ». Эта ножка, состоящая изъ широкой связки и субстанціи свода, перевязывается двойной шелковой лигатурой въ два пучка и разсѣкается на 1 сант. отъ матки. То же повторяется съ другой стороны. Если на поверхности перерѣзанной ножки зіяютъ просвѣты сосудовъ, то ихъ *перевязываютъ* отдѣльно. Прекращаютъ прижатіе аорты, и закровоточившіе въ переднемъ или заднемъ сводахъ сосуды перевязываются. Промывши тщательно рану, закладываютъ въ рукавъ тампонъ изъ іодоформенной марли, который остается на 24 часа.

Авторъ указываетъ, что вертикальный разрѣзъ матки удобенъ особенно тѣмъ, что послѣ него легче опредѣлить границы новообразованія и отдѣлить въ завѣдомо здоровой ткани.

Linkenheld [1]), аналогируя параметральную клѣтчатку съ подмышечной областью, совѣтуетъ вычищать боковую клѣтчатку тупыми ложками, какъ дѣлаютъ это въ fossa axillaris, при операціяхъ рака груди. Для такого маневра, очевидно, нельзя будетъ пользоваться лигатурами en masse, потому что онѣ представятъ преграду для проникновенія въ клѣтчатку. Сперва нужно будетъ перевязать отдѣльно сосуды и только потомъ приступить къ вычищенію боковой клѣтчатки.

Hahn [2]) на вопросъ о томъ—сшивать или не сшивать рану—высказывается, что въ этомъ отношеніи можетъ быть только два раціональныхъ пріема: или *аккуратное* закрытіе брюшинной полости швомъ, безъ дренажа, или плотное *закупориваніе* (occlusiv verband) брюшной раны антисептической повязкой. При послѣднемъ способѣ, во-1-хъ, лучше всего уничтожаются и обезвреживаются септическія начала, если присутствіе таковыхъ есть, и во-2-хъ, достигается полное закрытіе брюшной полости. Съ дренажемъ—обратныя условія. Кромѣ того, удаленіе дренажа на 6—8 день, какъ дѣлаютъ нѣкоторые, онъ считаетъ не вполнѣ безопаснымъ.

Далѣе—быстрота оперированія весьма желательна: ею уменьшается опасность колляпса и еще то, что за меньшимъ промежуткомъ времени дается *меньшая возможность инфекціи*,—это еще служитъ мотивомъ избѣгать зашиванія раны. Кромѣ того,—если пользоваться швомъ, то надо отказаться отъ перевязки en masse,

---

[1]) Centralblatt für Gynäkologie. 81. № 8.

[2]) Berlin. klin. Wochenschr. 82, № 24.

что не безразлично, ибо при помощи такой перевязки всего быстрѣе и легче останавливается кровотеченіе и ускоряется операція. Слѣдовательно,—если хотятъ воспользоваться швомъ, тогда надо перевязать сосуды отдѣльно каждый, а эта манипуляція и шовъ на рану, который во всякомъ случаѣ долженъ тщательно быть исполненъ,—отнимаютъ слишкомъ много времени; выгода-же, на взглядъ автора,—самая незначительная.

Herff [1]) твердо держится того мнѣнія, что сосуды нужно перевязать отдѣльно и избѣгать лигатуръ en masse, потому что послѣднія не *гарантируютъ отъ кровотеченія*, но собою подвергаютъ некрозу лишнюю массу соединительной ткани. Хотя въ исключительныхъ случаяхъ онъ не отрицаетъ необходимости прибѣгать къ обкалыванію. Herff оперируетъ по способу *Fritsch*'а, но видоизмѣняетъ въ томъ, что отдѣленіе широкихъ связокъ ведетъ *параллельно* съ обѣихъ сторонъ, въ чемъ видитъ удобства болѣе легкаго низведенія матки и меньшаго кровотеченія.

Barnays'омъ [1]) изъ St.-Louis, для облегченія низведенія матки, былъ предложенъ инструментъ, въ которомъ, при сближеніи нижнихъ браншъ, раздвигаются, благодаря шарниру, верхніе его концы и своими пиловидными зубьями впиваются въ стѣнки той полости, куда бываютъ введены (матка). Этотъ *Uterustactor*, какъ называетъ его Barn., особенно пригоденъ при отсутствіи или чрезмѣрно ломкой влагалищной части.

Simpson [3]) въ одномъ своемъ случаѣ поступилъ такимъ образомъ: вскрытіе сводовъ сперва спереди, потомъ сзади съ послѣдовательнымъ разсѣченіемъ дугласа и plicae vesicouterinae все это посредствомъ гальванокаутера. Затѣмъ сильное низведеніе матки, наложеніе съ каждой стороны вокругъ широкихъ связокъ лигатуръ en masse. Сагитальный разрѣзъ матки (по Müller'у) и окончательная перевязка широкихъ связокъ въ нѣсколько пучковъ. Отдѣленіе обѣихъ половинъ матки. Т-образный дренажъ.

---

[1]) Archiv f. Gynäcol. B. XXVI. H. 2.

[2]) Illustr. Monatschr. f. ärztlich. Polytechn. VI. Jahrg. H. G. 84. Centralblatt f. Chirurg. 84, № 20.

[3]) Amer. Journ. Obstetr. № 4, 1882. XV. Edinburgh med. Journal. 1882 p. 425—429.

Ohlshausen [1]) не дѣлаетъ опрокидыванія матки. Шелковую лигатуру en masse считаетъ недостаточно надежной. Раньше накладывалъ на ligg. lata, посредствомъ изогнутаго троакара, проволочные сжиматели (Cintrat.) и кнаружи отъ нихъ шолковыя лигатуры en masse. Проволочные сжиматели оставлялись на культѣ съ *недѣлю и больше.* Въ послѣднихъ своихъ случаяхъ онъ употребляетъ для сдавливанія тканей исключительно эластическую лигатуру. При перерѣзкѣ ткани широкихъ связокъ—отдѣльная перевязка arter. uterinae. Къ концу операціи энергично промываетъ дугласъ, для чего оперированную приподнимають, наблюдая тщательно за ея пульсомъ. Почти во всѣхъ случаяхъ въ рукавъ до дугласова пространства вводится толстый дренажъ, около котораго рыхло закладывается іодоформенная марля. На основаніи одного случая отравленія іодоформомъ, не совѣтуетъ посыпать имъ раневую поверхность.

Bottini—сперва ампутировалъ гальванокаустической петлей portionem vaginalem, а затѣмъ операція въ сущности по комбинированному Czerny-Schröder-овскому способу. Дренажированіе дугласа.

Fenger. Постоянная ирригація (очень сложный аппаратъ). Вскрытіе передняго свода и одновременный разрѣзъ plicae anterioris peritonei. На lig. lata лигатуры en masse посредствомъ аневризматической иглы. *Вылущеніе uteri in situ.* Peritoneum сшивается.

Cushing. Боковое положеніе. Въ первый моментъ операціи—обкалываніе arteriae uterinae. Отдѣленіе uteri отъ пузыря и вскрытіе дугласа ножницами. *Опрокидываніе* матки назадъ. Лигатуры на связки и трубы. Опять *возстановленіе* положенія матки. Полное отдѣленіе ея посредствомъ ножницъ. Лигатуры оставляются длинными. Дренажи не употребляются.

Tiersch [2]). *Операція in situ.* Лигатуры en masse посредствомъ придуманныхъ имъ для этой цѣли шпилекъ (веретенъ) изъ слоновой кости или металла. Peritoneum не зашиваетъ. Дугласъ и влагалище выполняются іодоформенной марлей. Безъ дренажа.

---

[1]) Berlin. klin. Wochenschr. 1881. № 35—36. Archiv f. Gyn. B. XX. Centralbl. f. Gyn. 1884, № 8 p. 114.

[2]) Описаніе способовъ оперированія Bottini, Fenger'a, Cushing'a и Tiersch'a мною заимствовано у Sänger'a. Archiv f. Gynäkol. B. XXI.

Теперь мы позволимъ себѣ вкратцѣ сопоставить методы операціи по Czerny, Billroth'у, Schröder'у и Martin'у, чтобы тѣмъ самымъ указать особенности, насколько онѣ существуютъ, въ каждомъ изъ этихъ способовъ.

Способы Fritsch'a, Ohlshausen'a, Leopold'a и нѣкотор. другихъ во многомъ отличаются отъ выше названныхъ и потому должны разсматриваться отдѣльно.

Послѣ мало разнящихся пріемовъ дезинфекціи, стѣнки влагалища раздвигаются желобоватыми зеркалами. Матка сильно низводится или петлей, или мюзеевскими щипцами. Отступя извѣстное разстояніе отъ новообразованія, обрамляютъ разрѣзомъ или всю влагалищную часть (Billroth, который предпосылаетъ этому моменту еще провизорное обкалываніе боковыхъ сводовъ и параметрій толстыми шелковыми лигатурами), или переднюю (Czerny, Schröder), или заднюю (Martin) ея поверхность; послѣ чего приступаютъ къ отдѣленію клѣтчатки передняго (Czerny, Billroth, Schröder), или задняго свода (Martin); при чемъ одни (Czerny, Billroth и Martin) нарушаютъ цѣлость и соотвѣтственнаго листка брюшины, а Schröder не доходитъ до нея. Послѣ этого начинается отдѣленіе въ другомъ (заднемъ по Czerny, Billroth'у и Schröder'у и переднемъ по Martin'у) сводѣ, которое у всѣхъ заканчивается нарушеніемъ цѣлости (въ большинствѣ разрывая пальцами) складки соотвѣтственнаго задняго или передняго листка брюшины. Schröder, кромѣ того, расширяетъ отверстіе въ C. Duglasii ножницами, разрѣзывая до ligg. sacrouterina. И такъ, въ этотъ моментъ, по методамъ Czerny, Billroth'a и Martin'a вполнѣ разрушены передній и задній своды, а по Schröder'у осталось нетронутой plica vesicouterina, которую онъ теперь надрываетъ пальцами, заведенными черезъ разрѣзъ задняго свода надъ corpus uteri въ excavatio Duglasii anterior. Кровотеченіе останавливается при самыхъ манипуляціяхъ обкалываніемъ.

Отдѣливши матку въ переднемъ и заднемъ сводахъ, приступаютъ къ отдѣленію ея боковыхъ прикрѣпленій, при чемъ одни предпосылаютъ этому моменту опрокидываніе матки (Czerny, который въ первыхъ своихъ случаяхъ приступалъ къ опрокидыванію; вскрывши одинъ передній, а въ послѣднихъ и задній сводъ; Schröder, по которому опрокидываніе производилось послѣ вскрытія передняго и задняго и разрѣза до ткани шейки въ боковыхъ сводахъ); а другіе

первоначально обкалываютъ и вскрываютъ часть боковыхъ сводовъ, и только тогда уже опрокидываютъ матку (Martin).

Слѣдовательно—по Czerny широкія связки отъ начала до конца перевязываются и разсѣкаются сверху внизъ; боковыя прикрѣпленія по Schröder'у только надрѣзываются въ сводахъ; но ихъ не отдѣляютъ; по Martin'у обкалываніе и разсѣченіе боковыхъ прикрѣпленій начинается снизу и только верхній участокъ широкихъ связокъ оперируется послѣ опрокидыванія; а Billroth совсѣмъ не пользуется опрокидываніемъ и отдѣляетъ матку отъ боковыхъ сводовъ in situ.

Самое перевязываніе (по Czerny) производится, раздѣляя ligg. lata на три пучка, Schröder накидываетъ на широкія связки сначала одну лигатуру en masse; потомъ перевязываетъ ихъ еще двумя отдѣльными лигатурами (Hofmeier, *постепенно* перевязывая, разсѣкалъ ткань широкихъ связокъ шагъ за шагомъ и Schröder отдаетъ должное этому способу). Martin накладываетъ двойной рядъ лигатуръ на верхній остатокъ широкихъ связокъ и ткань разсѣкается по Martin'у и Schröder'у между лигатурами, по Czerny между маткой и рядомъ лигатуръ. Billroth же, вскрывши боковые своды, накладываетъ на всю массу широкихъ связокъ жомы, кнаружи отъ которыхъ ligg. lata раздѣляется лигатурами на три пучка и линія разсѣченія идетъ между жомами и лигатурами.

Занявшись изложеніемъ сравнительной методики обращенія съ широкими связками, мы невольно поставлены въ необходимость нѣсколько поздно коснуться методовъ опрокидыванія матки. Оно производилось по Czerny помощью двойного тупого крючка черезъ передній, а у Martin'а и Schröder'а черезъ задній сводъ, причемъ послѣдній для этого сначала пальцами, а потомъ (когда матка показалась въ отверстіе свода) захватываетъ ее мюзеевскими щипцами. Martin-же пользуется зондообразнымъ инструментомъ, причемъ въ задній сводъ вставляется вѣтвь боковаго подъемника, чтобы матка скользила по нимъ, какъ на санкахъ, а потомъ уже прибѣгать къ мюзеевскимъ щипцамъ, или-же съ самаго начала пользуется только ими.

Если производилось отдѣленіе яичниковъ, то ихъ вытягиваютъ и перерѣзываютъ уже послѣ отдѣленія ligg. lata.

Сначала всѣ операторы оставляли cavum peritonei открытымъ, причемъ черезъ дренажъ производилось промываніе; затѣмъ примѣнялось то сшиваніе средины раневой поверхности (Czerny) и дре-

нажи по угламъ ея, то сшиваніе угловъ раны и одинъ дренажъ въ средину ея (Czerny и Billroth), и наконецъ, полное сшиваніе всего раневаго отверстія (Billroth) съ послѣдовательной тампонадой рукава. Одинъ Martin остался въ этомъ дѣлѣ непоколебимъ, дренажируя даже въ своихъ самыхъ послѣднихъ случаяхъ операціи.

Прежде чѣмъ покончить съ вопросомъ о техникѣ операцій, мы позволимъ себѣ предпослать нѣсколько краткихъ замѣчаній.

Исторію нашей операціи обыкновенно тѣсно связываютъ съ именемъ проф. Czerny. Но въ чемъ заключается заслуга его? Методъ, называемый его именемъ, есть ли дѣйствительно его личное достояніе? На основаніи предъидущихъ историческихъ данныхъ, мы имѣемъ возможность отрицать это. Послѣдовательность операціи, способъ раздѣленія тканей и пріемы манипулированія съ изсѣкаемымъ органомъ—всецѣло заимствованы у прежнихъ авторовъ. Общій типъ операціи остался у Czerny тотъ же, что постепенно выработывался со временъ еще Sauter'a. Новое въ техникѣ влагалищной экстирпаціи со временъ Czerny есть только способъ раздѣленія на участки широкихъ связокъ для перевязки ихъ; но и это заимствовано имъ изъ способа Freund'a. При послѣднемъ способѣ широкія связки, какъ извѣстно, дѣлятся сверху на 3—4 пучка и каждый изъ нихъ перевязывается отдѣльно. То же самое предложилъ Czerny, только при влагалищной экстирпаціи первый участокъ будетъ въ основаніи широкихъ связокъ, а слѣдующій (послѣ опрокидыванія) такъ же, какъ у Freund'a, съ верхняго отдѣла ихъ.

По нашему мнѣнію, заслуга Czerny состоитъ только въ томъ, что онъ систематически въ короткій промежутокъ времени примѣнилъ эту операцію 8 разъ, и поставленный, какъ современникъ нашъ, въ лучшія условія со стороны вопроса объ антисептикѣ,—могъ доказать, что наша операція не такъ фатальна, какъ думали о ней раньше. Изъ прежнихъ авторовъ мы можемъ указать только Recamier'a, который сдѣлалъ 4 раза экстирпацію, изъ нихъ 2 раза онъ былъ приглашенъ только окончить начатую проф. Roux, который не могъ преодолѣть подвернувшихся ему случайностей; 4 же раза оперировалъ Blundel; всѣ остальные, упомянутые нами авторы, до Czerny включительно, дѣлали нашу операцію по одному и не болѣе, какъ по два раза.

Въ томъ же совершенно характерѣ мы позволимъ себѣ сказать

и о способѣ Bardenheuer'a. Это не есть оригинальный способъ, самостоятельно разработанный только имъ однимъ и потому долженствующій быть связанъ непосредственно съ именемъ только Bardenheuer'a. Въ послѣднемъ способѣ еще больше заимствованій отъ другихъ авторовъ, чѣмъ въ способѣ, связываемомъ съ именемъ Czerny. Первая идея комбинировать верхнюю и нижнюю экстирпаціи относится далеко до предложенія Bard. Еще въ 1830 г. Delpech оперировалъ съ такой комбинаціей. Что же касается до всѣхъ ужасающихъ видоизмѣненій дренированія, предложенныхъ Bardenheuer'омъ, то это есть только дань временнаго увлеченія такимъ приспособленіемъ хирургіи, какое меньше всего пригодно при экстирпаціи (о чемъ ниже).

На этомъ мы хотѣли бы покончить съ вопросомъ о технической сторонѣ нашей опереціи. Изложеніе отдѣльныхъ способовъ мы старались сдѣлать возможно *полнѣе*. Цѣль наша,—мы думаемъ,—будетъ понятна всякому, кто знаетъ, что на русскомъ языкѣ въ этомъ остался пробѣлъ даже послѣ появленія диссертаціи доктора Заяицкаго, который реферировалъ безъ всякой тенденціи *сплошь* массу отдѣльныхъ статей, написанныхъ по вопросу объ экстирпаціи.

Нашъ личный взглядъ на отдѣльные моменты операціи мы выскажемъ дальше.

III.

Исторію ампутаціи маточной шейки можно начать только съ перваго года 19-го столѣтія, хотя мысль о возможности примѣнять такой оперативный пріемъ зародилась значительно раньше.

Въ 1766 году *Lapeyronie* сдѣлалъ предложеніе ампутировать шейку матки по поводу рака и въ *1801* году операція эта была успѣшно выполнена Osiander'омъ.

Съ этого времени ампутація маточной шейки примѣнялась довольно широко и не мало именъ (Rust, Gräfe, Siebold, Kilian, Dupuytren, Recamier, Roux, Lisfranc и др.) связано непосредственно съ исторіей этой операціи именно при ракѣ матки.

Мы не имѣемъ въ виду *подробно* излагать всѣ видоизмѣненія

методики ампутаціи, какія постепенно вводились въ гинекологію съ улучшеніемъ хирургической техники вообще. Подробное цитированіе всѣхъ методовъ безъинтересно, во 1-хъ, потому, что громадное большинство бывшихъ прежде способовъ теперь уже не имѣетъ правъ на существованіе и во 2-хъ—и это главное—потому, что во всѣхъ доступныхъ руководствахъ по гинекологіи болѣе примѣнимыя модификаціи ампутаціи маточной шейки обыкновенно описываются достаточно полно и преимущества каждой изъ нихъ хорошо извѣстны всякому.

IV.

Показанія къ операціи.

Прежде чѣмъ начать главу о существующихъ взглядахъ на показанія для каждой изъ разсматриваемыхъ нами операцій, мы позволили себѣ здѣсь же заявить, что совершенно отказываемся отъ мысли примирять существующее разногласіе и обобщать отдѣльныя мнѣнія о происхожденіи рака матки и его разновидностяхъ. Мы почти буквально приводимъ взгляды различныхъ авторовъ, но строго удерживаемся критически относиться къ нимъ.

По *Czerny* (l. c.) показанія къ полной экстирпаціи нельзя считать особенно широкими. Ее примѣняютъ, главнымъ образомъ, при ракѣ цервикальнаго канала, съ условіемъ широкаго тазоваго входа, нерѣзкаго увеличенія и подвижности матки.

Операція по способу Freund'а можетъ быть сдѣлана при малоподвижной или увеличенной маткѣ, также при узости тазоваго входа, но въ томъ только случаѣ, если надѣятся удалить операціей все злокачественное.

Суправагинальная ампутація, по автору, показуется только при папиллярныхъ и язвенныхъ карциномахъ portion. vaginalis, пока новообразованіе не достигло еще внутренняго зѣва. Оно можетъ переходить даже на сводъ, но матка должна легко смѣщаться по тазовой оси.

Но если parametria инфильтрированы, или сакральныя и люмбальныя железы увеличены, если на крестцовоматочныхъ связкахъ прощупываются узелки, — то надо отказаться отъ радикальной операціи.

P. Müller [1]) говоритъ, что показаніемъ къ полной влагалищной экстирпаціи должны служить всѣ злокачественныя новообразованія матки или шейки ея.

Высокую ампутацію считаетъ операціей только палліативной и совершенно отказывается отъ ея примѣненія. Авторъ высказывается за экстирпацію всей матки въ самыхъ раннихъ стадіяхъ рака, хотя бы только одной шейки матки, на томъ основаніи, что никогда нельзя опредѣлить границы распространенія новообразованія. Указываетъ, кромѣ того, на общеизвѣстный фактъ распространенія рака на разстояніи скачками, черезъ промежутокъ не затрогиваемой имъ ткани. Въ сомнительныхъ случаяхъ діагноза раковъ portionis авторъ считаетъ возможнымъ прибѣгнуть къ эксцизіи части подозрительной ткани и наложенію шва *для того, чтобы* въ дальнѣйшемъ, по измѣненіямъ въ рубцѣ, *сдѣлать распознаваніе несомнѣннымъ.*

Противопоказаніемъ къ полной экстирпаціи служитъ переходъ новообразованія на сосѣдніе органы, въ особенности на боковую клѣтчатку. Хотя при этомъ, по автору, можно эксцидировать *небольшіе* участки стѣнокъ рукава, съ резекціей части recti, пузыря и нижняго отрѣзка мочеточниковъ, при условіи наложенія шва на резицированные органы.

При значительномъ увеличеніи матки, нужно, по автору,—оперировать по способу Freund'а съ Bardenheuer'овскимъ видоизмѣненіемъ.

Кромѣ того противопоказуютъ операцію—старыя параметритическія сращенія и другіе недостоточно всосавшіеся эксудаты. При этомъ авторъ добавляетъ, что если матка «не особенно замуравлена», то можно оперировать, производя отдѣленіе ея шагъ за шагомъ. Въ прогностическомъ смыслѣ совѣтуетъ удалять яичники, временныя гиперемін которыхъ вліяютъ не только на вторичныя (въ послѣоперaціонномъ періодѣ) кровотеченія, но могутъ служить *моментомъ для рецидивированія рака.*

---

[1]) Deutsche med. Wocheschr. 81. № 10 и 11. Journ. de Soc. scient. 1885.

По *Haidlen*'у (l. c.) раціональныя показанія полной экстирпаціи матки вслѣдствіе злокачественныхъ новообразованій могутъ встрѣчаться очень рѣдко, и именно только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заболѣваетъ шейка *вмѣстѣ съ тѣломъ* матки, но пораженіемъ не затронуты сосѣднія части. Полная экстирпація показуется только тамъ, гдѣ невозможна ни суправагинальная ампутація шейки, ни ампутація пораженнаго тѣла матки per laparotomiam.

Операцію противопоказуютъ «совершенная» неподвижность и значительная величина матки.

Нужно совершенно отказаться отъ операціи, когда бываетъ мало надежды на удаленіе всего злокачественнаго, хотя операція при такихъ показаніяхъ имѣетъ нѣкоторое оправданіе, если ею хоть уменьшаются другія побочныя страданія.

Оставляя этіологическую и генетическую сторону вопроса о ракѣ и на основаніи только клиническихъ данныхъ, *Baum* [1]) считаетъ возможнымъ раздѣлить раковыя формы на такія, которыя долго остаются въ видѣ мѣстнаго пораженія, и такія, которыя очень рано захватываютъ широко въ окружности и вскорѣ даютъ метастазы по всему организму.

«Клиника, говоритъ авторъ, указываетъ, что тѣ раковыя формы дольше остаются мѣстными, которыя поверхностно лежатъ, по поверхности-же распространяются и легко переходятъ въ изъязвленія. Формы же рака, съ самаго начала глубоко лежащія, для которыхъ изъязвленіе трудно, за массою отдѣляющихъ ихъ отъ поверхности тканей,—скорѣе даютъ отъ себя по лимфатическимъ и венознымъ путямъ метастазы вдали».

Поэтому нѣкоторыя формы рака (раки головы, лица и penis) могутъ лечиться радикально. Даже раки грудной железы, если основательно выскоблить подмышечныя железы и если нѣтъ еще метастазовъ въ подключичныхъ и стернальныхъ железахъ, куда съ ножемъ проникнуть невозможно, могутъ вырѣзываться съ полной увѣренностью на то, что рецидива не будетъ. А такъ какъ между раковыми формами, встрѣчающимися на маткѣ, будетъ-ли то ракъ ея полости или, распространяющійся на влагалище, ракъ portionis vaginalis,—чаще встрѣчаются тѣ, которыя болѣе идутъ поверхностно,

---

[1]) Berlin. klin. Wochenschr. 80, № 46.

то поэтому, на основаніи такого клиническаго факта, возможно говорить съ полной увѣренностью о радикальномъ леченіи рака матки.

«Частичныя ампутаціи, какъ воронкообразная эксцизія или, предложенная Schröder'омъ, суправагинальная ампутація шейки матки не достигаютъ цѣли, такъ какъ нельзя сказать съ положительностію при операціи, что удалено все злокачественное». Поэтому и при карциномахъ шейки—«полная экстирпація представляетъ болѣе шансовъ на продолжительность излеченія».

Фрейндовская операція также не даетъ хорошихъ результатовъ, и авторъ не знаетъ ни одного продолжительнаго послѣ нея излеченія, быть можетъ потому, что при этой операціи невозможно удалить часть новообразованія, распространившагося на влагалище. *Bardenheuer* нѣсколько улучшилъ результатъ этой операціи своими видоизмѣненіями техники ея («введеніемъ дренажа»).

Tauffer (l. c.) придерживается такого дѣленія: 1) плоскій конкроидъ, развивающійся на внутренней поверхности рыльца матки, идетъ при дальнѣйшемъ развитіи въ полость ея; 2) папиллярный конкроидъ portionis начинается на вагинальной поверхности шейки сосочковымъ разращеніемъ, и разрушеніе ткани при немъ производится утолщающимся эпителіемъ, который постепенно внѣдряется въ глубь. Обѣ эти формы обладаютъ тою характерною особенностью, что онѣ всегда мѣстны. 3) Настоящій-же ракъ, собственно ракъ, именно инфильтрированная или паренхиматозная форма его, появляется съ самаго начала въ болѣе глубокихъ слояхъ матки въ видѣ ограниченныхъ, одного или нѣсколькихъ, узловъ, преимущественно на уровнѣ внутренняго зѣва. Распространяется онъ *равномѣрно на corpus, cervix* и *клѣтчатку* и поражаетъ весь организмъ въ видѣ метастазовъ. Къ этимъ формамъ принадлежитъ еще adenoma malignum,—карциноматозная форма, развивающаяся изъ маточныхъ железъ и локализирующаяся въ полости матки. Эта форма, пожалуй, болѣе всѣхъ другихъ обладаетъ характеромъ мѣстнаго страданія.

При канкроидѣ portionis не зашедшемъ еще въ полость шейки, равно при канкроидѣ шейки, когда тѣло не размягчено и не увеличено,—можно удовольствоваться суправагинальной ампутаціей.

Какъ всегдашнее и непремѣнное показаніе для полной экстирпаціи, авторъ считаетъ карциному шейки, причемъ безразлично, было ли тѣло измѣнено, или нѣтъ, потому что распространеніе процесса на тѣло узнать при изслѣдованіи,—по автору,—невозможно.

На возникшихъ въ Лондонскомъ акушерскомъ Обществѣ преніяхъ по поводу сообщенія *Duncan*'а [1]) о 2-хъ случаяхъ экстирпаціи матки, причемъ въ одномъ изъ нихъ смерть наступила черезъ 9 мѣсяцевъ отъ рецидива рака, *Doran* и *Playfair* высказались противъ возможности радикальнаго леченія рака матки, въ виду того, что этотъ органъ окруженъ множествомъ лимфатическихъ сосудовъ, быстро разносящихъ болѣзнь по самымъ отдаленнымъ даже органамъ.

При дальнѣйшемъ выяснилось, что *Duncan* [2]) и *Williams* допускаютъ удаленіе всей матки только при карциномѣ тѣла ея; при заболѣваніи же шейки, по ихъ взгляду, слѣдуетъ дѣлать, какъ болѣе безопасную, но также радикальную, высокую ампутацію по Schröder'у.

Sp. Wels замѣтилъ противъ этого, что частичная ампутація при ракѣ матки мало цѣлесообразна, и поэтому врачъ имѣетъ право *при каждомъ пораженіи шейки* экстирпировать весь органъ.

Два условія необходимы по *Winckel*'ю для полной экстирпаціи матки, какъ радикальной операціи по поводу рака: 1) «ракъ долженъ перейти на corpus uteri и 2) онъ долженъ ограничиваться только маткой, т. е. шейка и тѣло должны быть легко подвижны и нигдѣ не должно быть подозрительныхъ фиксацій и уплотненій».

«Противопоказаніемъ слѣдуетъ считать—значительное утолщеніе шейки, такъ какъ при такихъ карциноматозныхъ пораженіяхъ процессъ обыкновенно уже перешелъ на окружающую соединительную ткань. Далѣе, равные ограниченные узлы въ полости дугласа или его складкахъ и, наконецъ, въ тазовой клѣтчаткѣ. Операція въ этихъ случаяхъ запоздала».

«Если раковое пораженіе достигло внутренняго зѣва, или перешло за него, не захвативши въ то-же время тазовой клѣтчатки, то показана полная экстирпація матки per vaginam.

Въ видѣ рѣдкаго исключенія приходится прибѣгнуть въ такихъ случаяхъ еще къ Фрейндовской операціи, именно, если тѣло матки настолько увеличено совмѣстнымъ (съ заболѣваніемъ portionis) раковымъ пораженіемъ, что на выведеніе черезъ тазъ нельзя расчитывать. Двухсторонній pyosalpinx при ракѣ шейки также заставилъ насъ

---

[1]) Med. Times. 1885.

[2]) Brit. med. Journ. 85.

(авторъ) однажды прибѣгнуть къ Фрейндовской операціи. Во всѣхъ подобнаго рода случаяхъ будетъ цѣлесообразнымъ предварительно вскрыть передній и задній своды и къ этому присоединить ляпаротомію для полнаго удаленія матки».

«Въ виду большой опасности Фрейндовской операціи—слѣдуетъ всегда строго обсудить,—*нельзя-ли обойти ее* при увеличенномъ тѣлѣ матки тѣмъ, чтобы не прибѣгать къ опрокидыванію матки, а перерѣзать широкія связки in situ per vaginam».

«Какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раковое заболѣваніе ограничивается одной влагалищной частью и не перешло еще на своды рукава, то наилучшимъ,—пожалуй,—будетъ примѣненіе влагалищной ампутаціи гальванокаустической петлей или ножемъ съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ. Этотъ пріемъ почти не опасенъ для жизни и въ значительной степени гарантируетъ отъ кровотеченія. Если же это болѣе невозможно, то остается выборъ только между высокой ампутаціей и полной экстирпаціей матки черезъ рукавъ. Первая операція, безъ сомнѣнія, менѣе опасна, но *гарантируетъ-ли она отъ рецидива въ той-же мѣрѣ, какъ полная экстирпація, можно будетъ судить только въ будущемъ.* Въ этихъ случаяхъ иногда крайне трудно бываетъ рѣшить,—какъ далеко распространилось заболѣваніе на паренхиму самой матки; понятно, что тогда полная экстирпація болѣе гарантируетъ отъ рецидивовъ, чѣмъ высокая ампутація. Подобнаго рода рецидивы заставили меня (автора) въ послѣднее время предпочитать въ такихъ случаяхъ полную экстирпацію,—и эта операція, со временемъ, становясь менѣе опасной для жизни, *вытѣснитъ высокую ампутацію*».

Для рака тѣла матки *Gusserow* признаетъ, какъ болѣе простой, безопасный и наиболѣе часто примѣняемый, способъ,—ампутацію пораженнаго тѣла per laparotomiam. «Но такъ какъ часто трудно бываетъ рѣшить, какъ далеко болѣзнь распространилась на шейку и такъ какъ уже нѣсколько разъ наблюдали рецидивы на оставленной шейкѣ, то наиболѣе вѣрнымъ надо считать во всѣхъ этихъ случаяхъ полную экстирпацію матки и всегда per vaginam, кромѣ случаевъ, гдѣ нельзя опрокинуть и удалить матку черезъ тазъ».

C. J. Müller [1]): «Въ настоящее время многіе признаютъ какъ

---

[1]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XI p. 178.

радикальную операцію по поводу рака, только полную экстирпацію (Martin); но съ этимъ нельзя согласиться. Работы Ruge и Veit'а показали неодинаковые пути распространенія различныхъ формъ рака, — поэтому и отдавать предпочтеніе одной только экстирпаціи матки нѣтъ смысла». «При пораженіи параметріевъ суправаг. ампут. даже лучше полной, ибо въ такомъ случаѣ при этой операціи можно шире удалить окруж. клѣтчатку».

При cancroid'ѣ portionis, хотя авторъ и согласенъ со взглядомъ Ruge и Veit'а, что эта форма распространяется прежде всего на рукавъ, а не на выше лежащія части собственно матки, дѣлаетъ полную экстирпацію «по причинѣ трудности дифференціальнаго діагноза между этой формой и ракомъ собственно шейки». Такую трудность дифференцированія можно встрѣтить, по автору, напр., при осложненіи глубокими разрывами шейки.

Kocks [1]), при строгомъ обсужденіи всѣхъ «за и противъ» полной экстирпаціи, въ концѣ концовъ видитъ только въ ней исключительно возможную, въ смыслѣ радикальности, — терапію рака матки.

Prof. Wallace [2]) держится Waldeyer'овской теоріи происхожденія раковъ и говоритъ, что эпителіома даетъ лучшее предсказаніе, такъ какъ «лучше» діагносцируется. «Когда мозговикъ вскрывается наружу, то онъ перешелъ уже на придатки, и оперативное вмѣшательство въ это время приноситъ только вредъ». Что касается до полнаго вырѣзыванія матки, то лучшіе, по автору, результаты получаются при папиллемѣ полости и дна; такъ какъ при этой формѣ сосѣднія части остаются незатронутыми болѣе долгій промежутокъ времени, чѣмъ въ случаяхъ скирра и мозговика.

Schultze [3]) является большимъ приверженцемъ полной экстирпаціи и совѣтуетъ самое строгое изслѣдованіе до операціи подъ хорошимъ наркозомъ, и если при этомъ окажется, что процессъ зашелъ уже и въ широкія связки, то все-таки считаетъ нужнымъ полную экстирпацію, съ цѣлью продлить жизнь хоть на нѣсколько мѣсяцевъ.

Во избѣжаніе вскрытія лимфатическихъ щелей и занесенія по

---

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1882 № 8.
[2]) Brit. Med. Journal 1883. Sept. 15.
[3]) Centr. f. Gyn. 1886. № 17.

нимъ злокачественныхъ элементовъ въ части еще непораженныя,— не совѣтуетъ съ діагностич. цѣлью выскабливаніе полости матки при ракѣ ея.

Fischel[1]), не зная сравнительныхъ результатовъ въ смыслѣ радикальности леченія ни высок. ампут., ни полной экстирпаціей, предпочелъ въ одномъ случаѣ послѣднюю операцію, какъ «дающую лучшій прогнозъ».

Odebrecht и *Fränkel*[2]), на 59-мъ собраніи акушеровъ въ Берлинѣ, высказались за высокую эксцизію съ послѣд. прижиганіемъ ferro candente, на что *Schröder* замѣтилъ, что каленое желѣзо въ значительной степени препятствуетъ появленію рецидивовъ, но онъ лично все-таки предпочитаетъ ножъ и швъ.

Brennecke[3]) говоритъ, что мнѣнія Ruge и Veit'а о неодинаковости путей распространенія различныхъ формъ рака матки и на основаніи этого ихъ (R. и V.) указанія о выборѣ того или другого оперативнаго вмѣшательства прекрасны съ теоретической точки зрѣнія, но это далеко не всегда возможно при разборѣ каждаго отдѣльнаго случая, на что указывалъ еще раньше *Ohlshausen*. И оба они думаютъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ раціональнѣе сдѣлать полную экстирпацію. «На меня (*Brennecke*) не производитъ впечатлѣнія, что суправаг. ампут. есть будто-бы болѣе легкая операція». Разсматривая сравнительную статистику Hofmeier'а, авторъ приходитъ къ такому заключенію, что тѣ *больныя*, которымъ дѣлали суправ. ампутацію, *сами по себѣ были «благопріятнѣе» для операціи*,—и потому полная экстирпація у нихъ должна была-бы дать лучшіе результаты и % смертности при такомъ условіи едва-ли былъ-бы выше, чѣмъ при ампутаціи. А если дѣйствительно непосредственная опасность отъ операціи хоть *приблизительно* одинакова, то въ интересахъ больныхъ полная экстирпація должна быть предпочитаема, такъ какъ по таблицамъ Hofmeir'а выходитъ, что рецидивы появляются скорѣе послѣ высок. ампут., чѣмъ послѣ экстирпаціи. Другая причина,—почему авторъ не соглашается съ раціональностью примѣненія высок. ампутаціи—это зна-

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1886. № 42.
[2]) Centr. f. Gyn. 1886. № 47.
[3]) Zeitschr. f. Geb. и Gyn. B. XII, p. 56.

чительныя и неудобоостановимыя кровотеченія. Кромѣ того, «сомнѣваюсь я въ пользѣ оставленія изуродованной матки».

Авторъ совершенно отрицаетъ раціональность примѣненія суправаг. ампутаціи per. abdomen при ракѣ тѣла и верхней экстирпаціи матки дается только одно показаніе, если органъ *значительно* увеличенъ.

Онъ требуетъ для полной экстирпаціи такихъ условій: a) своды и матка должны быть доступны въ теченіи всей операціи; b) матка должна низводиться до входа рукава. Такія затрудняющія операцію условія, какъ узость входа и рукава, а также неуступчивая промежность,—не могутъ служить противопоказаніемъ. Perineotomia и систематическая тампонада рукава вполнѣ устраняютъ эти неудобства.

Если полная экстирпація и не всегда радик. операція, то всетаки она есть *лучшая изъ палліативныхъ* и поэтому заслуживаетъ наиболѣе широкаго примѣненія, чѣмъ всѣ другія оперативныя мѣры.

Byford [1]), дѣлитъ раки на двѣ формы: эпителіальную, или поверхностную, и медулярную, глубокую, зарождающуюся первично въ паренхимѣ матки. Первая форма только въ исключительныхъ случаяхъ даетъ метастазы въ существо органа; вторая-же, зарождаясь въ слояхъ богатыхъ лимфатическими пространствами и сосудами, имѣетъ особенную склонность именно къ диссеминаціи своихъ элементовъ по маткѣ и отсюда по окружности. Исходя изъ такого взгляда, авторъ задается вопросомъ можетъ-ли *когда-нибудь* получить право гражданства операція удаленія всей матки (per laparotomiam или per vaginam)? Онъ говоритъ, что операція эта *слишкомъ* опасна, чтобы когда-нибудь получила широкое примѣненіе и,—кромѣ того,—она не можетъ дать радикальнаго излеченія при медулярной формѣ рака. Получающіеся иногда благопріятные, въ смыслѣ радикальности леченія, результаты онъ относитъ только къ поверхностнымъ формамъ, которыя и безъ того могутъ радикально излечиваться операціей, менѣе угрожающей жизни.

Munde [2]) (New-Iork), ставитъ слѣдующія условія и показанія для полной экстирпаціи: 1) ограниченіе пораженія только одной маткой и абсолютное отсутствіе инфильтраціи въ параметріи; 2) матка подлежитъ удаленію въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя точно опредѣ-

---

[1]) Journal of the Amer. Med. Associat. 1884. № 19, p. 509.

[2]) Journ. of the Amer. Med. Associat. 1884. № 16, p. 443.

лить верхнюю границу распространенія рака въ цервик. каналѣ, и потому когда нельзя быть увѣреннымъ въ полномъ удаленіи путемъ высокой ампутаціи; 3) ракъ или саркома *тѣла* матки; 4) полная подвижность матки; 5) объемистый рукавъ, который позволялъ-бы производить всѣ манипуляціи свободно (разсѣченіе промежности производить только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ абсолютно нѣтъ другихъ противопоказаній) и 6) удовлетворительное общее состояніе.

Van de Warker [1]), указываетъ, что въ настоящее время существуетъ три способа леченія злокачественныхъ новообразованій матки: полная экстирпація, влагалищная ампутація съ надвлагалищной эксцизіей шейки и третій—его собственный способъ выжиганія злокачественныхъ массъ химическими веществами.

Полная экстирпація,—по автору, есть настолько фатальная, до того непреодолимо трудная операція, что оваріотомія въ сравненіи съ нею кажется легчайшей операціей. Высокая ампутація со швомъ есть, по автору, только повтореніе стараго. Методику прижиганія онъ возводитъ въ систему, отъ которой видитъ, будто бы, лучшіе результаты леченія, чѣмъ отъ всѣхъ другихъ способовъ.

Baker [2]), какъ извѣстно, не дѣлаетъ полной экстирпаціи и предлагаетъ свой способъ вырѣзыванія всей шейки и большей части дна матки, причемъ онъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) его операціей можно удалить больше ткани матки, чѣмъ другими способами ампутаціи; въ то же время, 2) его операція менѣе тяжела для больной; 3) болѣе проста и легче выполнима для оперирующаго и при всемъ томъ 4) надежда на радикальное излеченіе гораздо больше, чѣмъ даже при полной экстирпаціи матки.

Palaillon [3]), указывая на трудность діагноза рака тѣла въ раннихъ стадіяхъ и абсолютную безрезультатность терапіи въ позднихъ періодахъ, отказывается какъ отъ полной экстирпаціи, такъ и отъ ампутаціи per abdomen.

Verneuil [4]), не отрицая примѣнимости при извѣстныхъ условіяхъ полной экстирпаціи, думаетъ, что палліативные пріемы (ам-

---

[1]) Amer. Journ. of Obst. 1884, p. 225.
[2]) Amer. Journ. of Obst. 1882 p. 265.
[3]) Annal de gynecol. Juillet. 1882 p. 265.
[4]) Gas. des Hôpit. 1884 p. 625.

путація съ выскабливаніемъ и прижиганіемъ) дали бы въ такихъ случаяхъ подобные же результаты.

По *Demons*'у [1]) если можно облегчить страданія менѣе опасными операціями, то лучше не примѣнять экстирпацію, для которой «матка должна быть поражена ни слишкомъ много, ни слишкомъ мало» [2]). Если достаточно ампутаціи, то нужно довольствоваться ею.

Какъ противопоказаніе авторъ считаетъ: большую ломкость новообразованія, а такъ же узкій рукавъ и ложныя склейки матки съ брюшиной.

Labbe [3]), говоритъ, что полная экстирпація м. б. примѣнима только при ракѣ тѣла, или если высоко разрушена шейка.

Boinet и *Forget* [4]), указываютъ на безуспѣшность оперативной терапіи раковаго пораженія матки, вслѣдствіе *частыхъ* (*Forget*) и *неизбѣжныхъ* (*Boinet*) рецидивовъ.

Wherry [5]), нотируетъ то, что развитіе рака несомнѣнно много зависитъ отъ функціональной жизни органа. Исходя изъ этого взгляда и принимая во вниманіе еще тотъ фактъ, что въ періоды, соотвѣтствующіе менструаціи, кровопотери при существующемъ ракѣ шейки усиливаются, авторъ предлагаетъ дѣлать ампутацію раковой шейки, и для оставленія жизненной энергіи матки, кастрацію. Комбинація операцій гораздо безопаснѣе, какъ думаетъ авторъ, одной полной экстирпаціи.

Въ своемъ сообщеніи по поводу первыхъ случаевъ примѣненія влагалищной экстирпаціи матки при ракѣ *Bokelmann* (l. c.) нотируетъ то обстоятельство, что на операцію радикальнаго леченія обыкновенно приходится убѣдить только тѣхъ больныхъ, состояніе которыхъ стало невыносимымъ для нихъ самихъ. Этимъ, отчасти, можно объяснить нѣкоторую неудовлетворительность результатовъ полной экстирпаціи и то недовѣріе, которое питаютъ къ этой операціи. «Не можемъ не подчеркнуть, что полная экстирпація приноситъ пользу только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она предпринимается въ *первыхъ стадіяхъ заболѣванія*, точнѣе, гдѣ процессъ ограничи-

---

[1]) Ibidem. p. 571. Revue di Chirurgie. 1884 p. 633.

[2]) Gaz. des Hôpit. 1884 p. 643.

[3]) L'Union med. 1882 p. 325.

[4]) Lancet. 1885 p. 946.

вается влагалищной частью, и въ крайнемъ случаѣ только и маткой».

Выборъ случаевъ, годныхъ для операціи, далеко не легокъ. Въ случаяхъ, гдѣ ракъ ограничивается влагалищной частью, повидимому, заслуживаетъ предпочтенія суправагинальная ампутація, какъ болѣе легкая и безопасная операція; но съ другой стороны существуетъ множество случаевъ, гдѣ заболѣваніе влагалищной части только что обнаруживается, а между тѣмъ ракъ уже достигъ выше лежащихъ частей матки, или даже перешелъ въ параметріи.

Безспорно, что лучшимъ признакомъ распространенности заболѣванія служитъ подвижность матки. Если матка при бимануальномъ изслѣдованіи легко поддается передвиженію кверху и книзу, если дно и portio vaginalis легко подвижны кпереди и кзади, или если послѣдняя безъ всякаго труда низводится ко входу въ рукавъ, то съ достаточной вѣроятностью можно предположить, что придатки матки еще не поражены, а вмѣстѣ съ этимъ подвижность матки наилучшимъ образомъ гарантируетъ относительную легкость операціи. Въ особенности надо обращать вниманіе на могущую встрѣтиться въ параметріи опухоль, на которую въ такомъ случаѣ надо смотрѣть, какъ на *раковую инфильтрацію*. Пораженія влагалища, вообще говоря, даютъ неблагопріятное предсказаніе, хотя съ другой стороны, незначительное участіе тканей свода, лежащихъ близь portio, только затрудняютъ операцію, но не дѣлаютъ ее невозможной. Если же утолщенная, плотности камня, болѣзненная при давленіи матка лежитъ между сосѣдними органами абсолютно неподвижной, какъ бы вмуравленной, то, даже при почти незатронутой влагалищной части, нечего и думать объ оперативномъ вмѣшательствѣ, кромѣ, развѣ, выскабливанія раковыхъ массъ.

Степень пораженія одной только влагалищной части даетъ шаткій критерій для сужденія о степени распространенія болѣзненнаго процесса вообще. На ней могутъ сидѣть опухоли съ кулакъ и больше, а тѣло матки при этомъ можетъ быть здорово. Наоборотъ, при едва замѣтномъ пораженіи portionis vagin. процессъ, исходя изъ нея, могъ выполнить весь тазъ раковыми узлами. Иногда, впрочемъ, труднѣе распознаванія степени распространенія заболѣванія бываетъ самая постановка діагноза рака.

Какъ особенно свѣтлое явленіе въ исторіи леченія рака матки,

является ученіе *Ruge* и *Veit*'а [1]. Эти почтенные ученики лучшей гинекологической школы покойнаго профессора *Schröder*'а вложили первую идею о примѣненіи той или другой терапіи различныхъ формъ рака на основаніи изученія ихъ патолого-анатомическихъ свойствъ. Ихъ цѣль, какъ извѣстно, заключалась въ стремленіи уяснить *источникъ происхожденія, характеръ и отличительныя свойства проявленій рака различныхъ участковъ матки,* насколько такое познаніе посильно современному состоянію нашихъ знаній.

На основаніи старательнаго знакомства съ существовавшей до нихъ литературой вопроса о ракѣ и самаго тщательнаго изученія богатаго и избраннаго матеріала Берлинской университетской клиники профессора *Schröder*'а,—*Ruge* и *Veit* пришли во-первыхъ къ тому, противоположному со взглядомъ *Waldeyer*'а убѣжденію, что ракъ, согласно съ ученіемъ *Virchow*'а, развивается изъ соединительной ткани и только въ исключительныхъ случаяхъ изъ поверхностнаго эпителія. Оставляя этотъ, быть можетъ, весьма важный въ ученіи о происхожденіи рака, взглядъ, какъ не подлежащей нашей компетенціи, мы остановимся на другой половинѣ изслѣдованія *Ruge* и *Veit*'а.

Эти изслѣдователи, на основаніи своего и литературнаго матеріала категоризировали ракъ шейки матки на три, совершенно различныя формы: a) ракъ собственно влагалищной части, b) ракъ слизистой оболочки цервикальнаго канала и c) ракъ толщи шейки.

Къ первой изъ этихъ категорій относится ракъ той части нижняго отрѣзка матки, которая отъ orificium externum простирается по всей периферіи влагалищной части до мѣста прикрѣпленія къ ней влагалищныхъ сводовъ. Давно извѣстная подъ названіемъ нароста въ формѣ цвѣтной капусты (Blumenkohlgewächs—нѣмцевъ, Cowliflower Excrescencie—англичанъ, chou fleur — французовъ), эта форма рака характеризуется тѣмъ, что развиваясь на portis vaginalis, въ дальнѣйшемъ своемъ ростѣ она только *постепенно* переходитъ на своды рукава; при долгомъ существованіи можетъ захватить незначительную толщу клѣтчатки, лежащей за сводами, но наружное отверстіе шейки весьма долго служитъ ей непреодолимымъ барьеромъ для распространенія вверхъ по цервикальному каналу. Грубо анато-

[1]) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. B. VI. H. 2.

мически, эта форма подходитъ, слѣдовательно, къ папиллярному канкроиду Klebs'a.

Изъ раковъ *собственно* шейки первая форма (b) развивается изъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. Какъ отличительная особенность этой формы рака, есть то, что она раньше всѣхъ другихъ формъ изъязвляется въ полость цервикальнаго канала и имѣетъ наклонность распространяться, главнымъ образомъ, по направленію *вверхъ*, въ полость матки и *кнаружи*, инфильтрируя толщу стѣнокъ цервикальнаго канала, а *отсюда уже* и парацервикальную клѣтчатку. Только въ самыхъ позднихъ стадіяхъ своего существованія она можетъ перейти за наружный зѣвъ на наружную поверхность влагалищной части.

Наконецъ, третья форма (c), ракъ толщи шейки, начинается въ видѣ узла въ субстанціи colli, подъ неизмѣненной слизистой оболочкой цервикальнаго канала. Особенность роста этой формы рака состоитъ въ томъ, что она долго щадитъ слизистую оболочку цервикальнаго канала и внутреннее, а тѣмъ болѣе наружное отверстіе матки, но за то энергично инфильтрируетъ субстанцію шейки, главнымъ образомъ по *направленію къ ея периферіи*, благодаря чему этотъ отрѣзокъ матки сильно утолщается. Наконецъ, слизистая оболочка цервикальнаго канала не выдерживаетъ напора наростающихъ подъ нею раковыхъ узловъ, и цервикальный каналъ постепенно превращается въ обширную, неправильную, изрытую полость, наполненную обильнымъ ихорознымъ распадомъ. Въ это время еще могутъ быть незатронутыми какъ наружное, такъ и внутреннее отверстіе матки, но новообразованіе энергично захватываетъ ligg. rectouterina, переходитъ на боковую клѣтчатку широкихъ связокъ и быстро поражаетъ прямую кишку и пузырь.

Heitzmann, какъ извѣстно, во многомъ сходится со взглядами Ruge и Veit'a, въ особенности указываетъ на быстрое теченіе рака слизистой оболочки цервикальнаго канала.

Этотъ авторъ, кромѣ того, описываетъ, какъ извѣстно, еще совершенно особенную форму раковаго заболѣванія, которая, подобно эпителіомѣ наружной кожи, начинается съ эпителія железъ влагалищной части, а иногда въ сводахъ, и особенно заднемъ, и представляется въ видѣ плоской поверхностной язвы, которая ползетъ по слизистой оболочкѣ влагалища вплоть до входа его и только зна-

чительно позднѣе задѣваетъ подлежащую клѣтчатку. Эта форма, слѣдовательно, лучше всего подходитъ къ ulcus rodens прежнихъ авторовъ.

Первичный *ракъ тѣла матки*, согласно указанію *Ruge* и *Veit*'а, всегда исходитъ изъ слизистой оболочки и притомъ въ двухъ различныхъ формахъ: или въ видѣ полипозныхъ разращеній (вегетацій), или же въ формѣ диффузной инфильтраціи. Нормальный просвѣтъ железъ слизистой оболочки тѣла при этомъ расширяется; железы теряютъ свой цилиндрическій характеръ, онѣ становятся гладкими, эпидермоидальными, многослойными, размножаясь и разростаясь главнымъ образомъ въ мускулатуру органа. Въ другомъ рядѣ случаевъ гораздо рѣзче выраженъ характеръ злокачественной аденомы, ибо въ началѣ замѣчается обильное развитіе (resp. новообразованіе) здоровыхъ, повидимому, железистыхъ трубокъ, которыя переплетаются между собою на подобіе войлока, безъ участія соединительно-тканной стромы, и сохраняютъ типъ железистыхъ трубокъ, покрытыхъ цилиндрическимъ эпителіемъ. Только впослѣдствіи изъ стѣнокъ этихъ железистыхъ трубокъ выходятъ эпителіальные отростки въ соединительную ткань и мускулатуру матки. Эта форма всегда характеризуется наклонностью къ распаденію; такъ что рѣдко образуется большая опухоль.

Итакъ, характеръ распространенія первичнаго рака тѣла матки выражается въ усиленной инфильтраціи стѣнокъ ея, главнымъ образомъ кнаружи, по направленію къ серозному ея покрову, и внизъ къ шейкѣ. Поэтому при значительномъ уже развитіи новообразованія, при глубокихъ разрушеніяхъ въ самомъ тѣлѣ и днѣ матки, ея шейка и окружающая послѣднюю клѣтчатка могутъ быть еще не затронутыми.

Основываясь на способѣ распространенія отдѣльныхъ формъ рака, *Ruge* и *Veit* выводятъ, какъ слѣдствіе изъ посылокъ, показанія къ хирургической радикальной операціи каждой изъ этихъ формъ: при ракѣ влагалищной части, начинающемся на наружной сторонѣ ея и идущемъ послѣдовательно по этой поверхности по направленію къ своду, не глубоко захватывая ткани, показуются вагинальная или высокая, смотря по случаю, ампутація шейки.

Ракъ шейки, наоборотъ, всегда показуетъ экспирпацію всей матки, такъ какъ одна изъ разновидностей этой формы рака имѣетъ

наклонность распространяться вверхъ и кнаружи, причемъ границы распространенія по направленію къ внутреннему зѣву опредѣлить ни до операціи, ни во время ея нельзя,—а другая тяготѣетъ къ быстрому захватыванію сперва окружающей шейку клѣтчатки и потомъ пораженію и самого тѣла.

При первичномъ ракѣ тѣла матки, хотя влагалищная часть долго можетъ оставаться совершенно здоровой, также показуется удаленіе всего органа черезъ влагалище. Выборъ этой операціи, при которой удаляется часто и совершенно здоровая влагалищная часть, основывается на сравнительной (съ абдоминальной ампутаціей тѣла матки) безопасности.

Вотъ въ краткихъ чертахъ сущность ученія Ruge и Veit'a.

У *Schröder*'а [1]) показанія для примѣненія того или другого хирургическаго пріема въ леченіи рака матки были совершенно тождественны съ сейчасъ приведенными. Вотъ какъ онъ указалъ ихъ въ своей статьѣ о частичной ампутаціи и полной экстирпаціи матки: «если карцинома тѣла еще не перешла на шейку, то самое правильное удалить тѣло ляпаротоміей; но съ этой операціей можетъ конкурировать экстирпація всей матки черезъ рукавъ, хотя предпочтительнѣй все-таки, по автору, первая операція.

Если первичный ракъ тѣла матки поразилъ большую часть ея, то матка должна быть вырѣзана совершенно, и вотъ тутъ является выборъ между Фрейндовской операціей и полной экстирпаціей черезъ влагалище.

При карциномѣ тѣла всегда нужно оперировать въ томъ случаѣ, когда новообразованіе еще не перешло на другіе органы, слѣдовательно, когда *карцинома можетъ быть удалена радикально.*

Принимая во вниманіе вліяніе Фрейндовскаго способа на общее состояніе больныхъ (collapsus, shok) и тѣ результаты, какіе онъ далъ съ перваго же разу,—всегда надо предпочитать влагалищную экстирпацію.

Послѣ Фрейндовской операціи почти безъ исключенія, по автору, замѣчается, что больная перенесла очень трудную, глубоко захваты-

---

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkol. B. VI. Die Krankheiten d. weibl. Gesch1. 1886. Leipzig.

вающую организмъ операцію, и больныя умираютъ, *не поправляясь отъ колляпса или не выдерживаютъ шока.* Можетъ быть, это зависитъ отъ паралича сосудовъ кишекъ, при которомъ въ нихъ задерживается несоразмѣрно большое количество крови, обусловливающее колляпсъ. Въ другомъ состояніи бываютъ оперированныя, у которыхъ матка удалена черезъ влагалище: онѣ лежатъ, какъ нормальная родильница; а при большой потери крови во время операціи уподобляются родильницамъ, потерявшимъ много крови при родахъ, т. е. больныя выглядятъ анемичными, но не коллябированными.

При карциномѣ шейки, гдѣ на влагалищной части открываютъ *начинающійся* ракъ, ограничиваются ампутаціею шейки только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. Если одновременно поражается *сводъ влагалища или верхняя часть шейки*, то прежде всего является вопросъ: можно ли ограничиваться надвлагалищною ампутаціей, или же должно удалить всю матку? Авторъ такъ рѣшаетъ этотъ вопросъ:

При канкроидѣ влагалищной части, почти никогда не поднимающемся въ шейку, можно смѣло удовольствоваться надвлагалищной эксцизіей; *при карциномѣ-же стѣнки шейки* ею можно ограничиться только тогда, когда можно *опредѣленно* прощупать, что тѣло матки мягко и не увеличено. Но если карцинома исходитъ *изъ слизистой оболочки шейки*, то, можетъ быть, лучше удалять всегда всю матку.

Martin, какъ извѣстно, не дѣлаетъ такого раздѣленія своихъ терапевтическихъ пріемовъ и «инфравагинальную, какъ равно и суправагинальную ампутацію шейки производитъ лишь съ тѣмъ, чтобы въ сомнительныхъ случаяхъ получить соотвѣтственный матеріалъ для діагноза».

«Я, говоритъ *Martin*, очень хорошо сознаю всю отвѣтственность, лежащую на операторѣ при рѣшеніи экстирпировать всю матку изъ-за ограниченнаго заболѣванія шейки; но оправданіе себѣ я нахожу всегда, вспоминая тѣ мучительныя состоянія, которыя каждый разъ обнаруживались при наступленіи рецидивовъ послѣ испытанныхъ мною методовъ частичной операціи. Поэтому, я совѣтую *въ первыхъ начальныхъ стадіяхъ всѣхъ карциноматозныхъ формъ шейки, при обсужденіи метода леченія, тотчасъ-же привлечь въ кругъ соображеній также возможность радикальнаго леченія, и въ случаяхъ, гдѣ существованіе карциномы*

несомнѣнно установлено путемъ микроскопическаго изслѣдованія, немедленно приступать къ экстирпаціи всей матки. Какъ ни тяжело уже въ самомъ началѣ карциноматознаго пораженія маточной шейки, отказываться отъ надежды сохранить органъ хоть въ самомъ важномъ отрѣзкѣ и тѣмъ самымъ оставить нетронутой способность больной къ произведенію потомства, тѣмъ не менѣе, мнѣ кажется, что мы въ виду неотвратимыхъ послѣдствій дальнѣйшаго распространенія процесса самыми обстоятельствами вынуждаемся къ попыткѣ спасти жизнь больныхъ удаленіемъ всего органа».

За экстирпацію всей матки высказывается Martin и при первичномъ ракѣ тѣла ея. Только тутъ въ случаяхъ рѣзкаго увеличенія органа при незатронутой шейкѣ онъ ограничивается суправагинальной (per laparotomiam) ампутаціей тѣла, но если процессъ распространился и на шейку, то или сочетываетъ надвлагалищную ампутацію тѣла (per laparatomiam) съ удаленіемъ также верхней части шейки, или въ случаяхъ, гдѣ полная влагалищная экстирпація невыполнима, прибѣгаетъ къ Фрейндовскому способу, или, наконецъ,—комбинируетъ верхнюю и нижнюю экстирпацію въ одну операцію.

Мы уже сказали, что совершенно отказываемся отъ роли примирителя разногласій въ вопросѣ о ракѣ матки.

Вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ многихъ изъ названныхъ выше авторовъ, какъ трудно порою классифицировать форму рака по тѣмъ категоріямъ, какія предложила школа покойнаго проф. *Schröder*'а, мы и какъ ученикъ проф. Лебедева и лично, болѣе всего склонны высказаться за ученіе Ruge и Veit'а. Правда, анатомическая цѣнность изслѣдованій этихъ авторовъ,—не смотря на всю заманчивость клинической картины отдѣльныхъ формъ рака,—принадлежитъ только будущему; но во всякомъ случаѣ этимъ изслѣдованіямъ принадлежитъ та большая заслуга, что они представляютъ собою попытку *къ раціональной постановкѣ показаній для терапіи рака.*

V.

12 случаевъ операціи полнаго удаленія матки по поводу рака, произведенныхъ профессоромъ А. И. Лебедевымъ.

Переходя теперь къ изложенію любезно предложеннаго намъ проф. А. И. Лебедевымъ клиническаго матеріала въ видѣ 12 случаевъ операціи полнаго удаленія матки по поводу рака, мы сперва коснемся нѣкоторыхъ деталей до-операціоннаго положенія больныхъ въ клиникѣ.

Собственно *уходъ* за раковыми больными въ клиникѣ проф. Лебедева ничѣмъ не отличается отъ обычнаго, присущаго всякому солидному клиническому и больничному учрежденію, вниманія съ врачебной точки зрѣнія къ субъективнымъ и объективнымъ симптомамъ болѣзни.

Изслѣдованіе больной до операціи производится, для возможно большаго уясненія состоянія половой сферы, самимъ профессоромъ,— въ присутствіи и посильномъ содѣйствіи его ассистентуры, —повторно.

Кромѣ профессора, больную смотритъ обязательно тотъ изъ его ординаторовъ, кому поручено веденіе исторіи болѣзни. Первое изслѣдованіе чаще всего производилось безъ хлороформа. Полученныя данныя тутъ-же заносятся въ скорбный листъ, гдѣ, кромѣ того, цвѣтными карандашами наносится картина этого перваго впечатлѣнія, полученнаго при изслѣдованіи. Такія изслѣдованія повторяются обыкновенно 3 — 4 раза, изъ нихъ 1 или 2 раза обязательно подъ хлороформомъ. Обыкновенно, изслѣдуя подъ хлороформомъ, проф. Лебедевъ пользуется случаемъ для полученія кусочковъ новообразованной ткани для приготовленія ординаторомъ микроскопическихъ препаратовъ, которые и демонстрируются на другой или на третій день послѣ изслѣдованія. Данныя изслѣдованія заносятся всякій разъ въ листокъ, при чемъ исправляется или дополняется сдѣланный прежде схематическій рисунокъ.

Окончательный діагнозъ рака и дифференцировка формы его устанавливается, слѣдовательно, уже послѣ того, какъ собраны всѣ (кли-

ническія и микроскопическія) данныя изслѣдованія. Кромѣ общеизвѣстнаго режима въ дѣлѣ чистоплотности больной, — въ видѣ ваннъ, повторныхъ ежедневно рукавныхъ спринцеваній ($2^1/_2$% растворомъ карболовой кислоты), — тѣмъ изъ больныхъ ракомъ матки, у которыхъ отдѣленія изъ половой сферы отличаются особенной зловонностью, въ до-операціонное время производится ежедневная, послѣ предварительнаго тщательнаго удаленія ихорознаго секрета, іодоформированная тампонада рукава.

Кромѣ того, за 2 дня до операціи больной назначается Bismuthum subnitricum; наканунѣ — laxans, ванны и продолженіе пріема Bismuthum. Въ день операціи—клизма, спринцеванье.

При влагалищной экстирпаціи матки проф. Лебедевъ употребляетъ такіе инструменты: зеркала—переднее короткое Fritsch'а, и заднее—тоже короткое и плоское Martin'а; крѣпкія мюзеевскія и пулевыя щипцы (4—6 шт.); крѣпкія, съ большой кривизной иглы; 12-й и 11-й №№ карболизованнаго шолка; 30% іодоформенную марлю. Боковыми подъемниками и ирригаціей $2^1/_2$% карболовой и $^1/_3$% салициловой кислоты пользуется только по мѣрѣ надобности.

Ассистентура распредѣляется такимъ образомъ: два врача держатъ ноги оперируемой, изъ нихъ стоящій на лѣвой сторонѣ держитъ, кромѣ того, переднее зеркало. Для фиксаціи задняго зеркала проф. Лебедевъ пользуется услугами третьяго лица, который, сидя съ правой стороны оперирующаго, помогаетъ ему еще въ мелкихъ манипуляціяхъ. Подача инструментовъ, губокъ и проч. распредѣляется между другими ординаторами.

Когда все приготовлено, больная захлороформирована и уложена на операціонномъ столѣ,—на ноги ей натягиваются длинные чулки изъ бѣлаго каучуковаго полотна. Мочу обыкновенно выпускаютъ раньше; но если почему-нибудь профессоръ сочтетъ нужнымъ еще катетеризировать, то это дѣлается катетромъ, только что вынутымъ изъ раствора карболовой кислоты, но отнюдь не смазывая его масломъ.

Послѣ этого pudenda externa тщательно обмываются $2^1/_2$% карболовой кислоты; на нихъ обильно намыливается мыло Джейса, послѣ чего волосы на губахъ и лобкѣ сбриваются и все это обмываютъ тѣмъ-же ($2^1/_2$%) растворомъ кислоты. Имъ-же дѣлается послѣ этого рукавное спринцеваніе; за симъ — genitalia externa и (отдавливая

пальцами заднюю стѣнку), все влагалище съ portio vaginalis крѣпко вытираются губкою, пропитанною 5% растворомъ карбол. кислоты; при чемъ обращается особенное вниманіе на мѣста раковаго пораженія. Послѣ чего унціи двѣ такой-же крѣпости раствора прямо вливается въ рукавъ, откуда вымываютъ его при слѣдующемъ затѣмъ спринцеваніи болѣе слабымъ растворомъ. Уже послѣ этого приступаютъ къ операціи.

Методики оперированія проф. Лебедевымъ въ общихъ чертахъ мы здѣсь не касаемся, такъ какъ описаніе отдѣльныхъ случаевъ операціи старались сдѣлать по возможности точнѣе.

Какъ видно будетъ въ дальнѣйшемъ, профессоръ болѣе придерживается метода Martin'а, но видоизмѣняетъ его, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, взявъ лучшія стороны другихъ способовъ. У него нѣтъ одного шаблоннаго какъ-бы обязательнаго метода, — а оперируетъ, приноравливаясь къ индивидуальнымъ условіямъ каждаго случая.

I.

Ѳ. Н.—32 лѣтъ; вдова, солдатка, фабричная. Первыя регулы съ 16 лѣтъ; правильны; черезъ три недѣли, по 5—6 дней; безболѣзненны. Замужество на 17 году. Одинъ разъ абортировала на 4-мъ мѣсяцѣ; пять родовъ; первые на 18 году; послѣдніе полгода тому назадъ. Жалуется на боли въ поясницѣ и на постоянныя, почти безпрерывныя, кровотеченія, смѣняющіяся изрѣдка и весьма ненадолго сильными бѣлями. Считаетъ себя больной болѣе полугода.

Средняго роста; довольно хорошаго тѣлосложенія; умѣреннаго питанія; анемична.

Genitalia externa — нормальны; слизистая оболочка рукава— блѣдна.

Portio vaginalis—по оси таза; объемъ ея увеличенъ; цилиндрической формы; задняя ея губа—плотной, хрящевой консистенціи; бугриста; инфильтрирована раковыми массами; изъязвленій нѣтъ; передняя губа, повидимому, еще здорова.

Зѣвъ и цервикальный каналъ проходимы для толстаго зонда.

Матка—ретровертирована; объемъ ея увеличенъ; плотна; подвижна; чувствительна; длина полости 10,5 с. Выдѣленія слизисто-кровянисты.

Своды—здоровы; въ правомъ прощупывается увеличенный яичникъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Діагнозъ: cancer portion. vagin.

Ежедневныя по 2 раза рукавныя спринцованія сулемой 1 : 2000; черезъ день тепловатыя ванны.

За 2 дня до операціи: oleum ricini, а за день Bismuthum, ванна.

Влагалищныя спринцеванья.

Въ день операціи—клизма, спринцеванья.

Операція 28-го декабря 1884 года. Послѣ указаннаго выше туалета наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища съ portio vaginalis, приступлено къ операціи при полномъ хлороформномъ наркозѣ. Захвативши portio vaginalis крѣпкими мюзеевскими щипцами, матка низведена. Раковыя разращенія слегка прижжены пакеленомъ. Оттягивая затѣмъ влагалищную часть кверху и кпереди, операторъ сдѣлалъ доступнымъ себѣ задній сводъ, къ обкалыванію котораго и приступилъ тотчасъ-же. Послѣ того какъ сводъ этотъ былъ вскрытъ, клѣтчатка его пальцемъ отдѣлена и какъ только была перерѣзана соотвѣтственная складка брюшины,—въ рукавъ проскользнули часть сальника и петля кишки. Вправивши ихъ въ брюшинную полость; въ задній Дугласовъ мѣшокъ для предупрежденія повторенія такого выпаденія была заложена небольшая губка съ лигатурой. Затѣмъ, оттягивая влагалищную часть въ обратную сторону, было приступлено, послѣ предварительнаго обкалыванія, къ разрѣзу и такому же отдѣленію передняго свода и его клѣтчатки вплоть до plica vesico-uterina, которая тутъ-же и была перерѣзана. Послѣ этого уже начато отдѣленіе сначала лѣваго, а затѣмъ и праваго боковыхъ сводовъ. Но прежде чѣмъ дѣлать разрѣзы клѣтчатки этихъ сводовъ, она при помощи сильно изогнутыхъ, крѣпкихъ иголъ захватывалась въ толстую шелковую лигатуру и послѣ того, какъ ею была крѣпко стянута, разсѣкалась короткими ударами изогнутыхъ по плоскости ножницъ, послѣдовательно, шагъ за шагомъ, держась *по возможности* ближе къ маткѣ. Отдѣленіе матки отъ ея прикрѣпленій именно въ боковыхъ сводахъ требуетъ много терпѣнія и хирургиче-

ской ловкости *въ систематическомъ провизорномъ обкалываніи* ткани прежде ея разсѣченія. Послѣ того, какъ оба боковые свода были настолько отдѣлены, что матка стала болѣе подвижной, дно ея, при помощи выше и выше накладываемыхъ на нее мюзеевскихъ щипцовъ, было опрокинуто черезъ передній сводъ. Открывшіяся при этомъ верхнія части широкихъ связокъ были перевязаны въ три пучка съ каждой стороны, крѣпко въ нихъ затянуты и отдѣлены отъ матки. Отдѣленный вполнѣ органъ извлеченъ; поле операціи промыто теплымъ $^1/_5{}^0/_0$ растворомъ салициловой кислоты. Кровотеченія нѣтъ. Губка изъ задняго Дугласова мѣшка удалена. Углы раны стянуты шелковыми лигатурами, по двѣ съ каждой стороны. Всѣ лигатуры, числомъ 50, выведены въ рукавъ; завязаны въ 4 пучка соотвѣтственно мѣсту ихъ наложенія и обрѣзаны, съ оставленіемъ длинныхъ концовъ. Въ оставшееся брюшинно-влагалищное отверстіе введенъ Т-образный дренажъ. Влагалище рыхло, затампонировано іодоформенной марлей, въ которую закутанъ и наружный конецъ дренажа. Операція продолжалась 2 часа 5 мин.

Измѣреніе температуры и наблюденіе за пульсомъ записывалось первые 4 сутокъ черезъ каждые три часа. Но для большей схематичности, мы приводили здѣсь за первыхъ 10 дней только утреннія и вечернія цифры, которыя, кромѣ упрощенія дѣла, показываютъ вмѣстѣ съ тѣмъ maximum какъ того, такъ и другого.

Сейчасъ же послѣ операціи температура 37, пульсъ 84.

	Утромъ.		Вечеромъ.	
1-й день	—	—	38,3	86
2-й »	38,1	90	38,3	92
3-й »	37,8	86	38,5	93
4-й »	38	87	38	96
5-й »	38,1	90	38.5	87
6-й »	37.9	87	38,4	78
7-й »	37,9	72	38	82
8-й »	37,3	80	37,8	82
9-й »	37	78	38	80
10-й »	37,1	76	37,2	77

Съ 11 дня, какъ температура, такъ и пульсъ совершенно не

выходили изъ границъ нормальныхъ колебаній, давши первыя, какъ maximum, единичное повышеніе на 32-й день послѣ операціи до 38, при пульсѣ 80. Самочувствіе больной за весь этотъ періодъ было очень хорошо; только первую ночь послѣ операціи она провела безъ сна, а потомъ сонъ былъ совершенно нормальный. Ни тошноты, ни рвоты, ни разу не наблюдалось.

Мѣстная терапія состояла въ слѣдующемъ: на третьи сутки удалены тампонъ и дренажъ. (Отдѣленія на нихъ кровянисто-слизисты). Рукавъ проспринцеванъ $2^1/_2$% растворомъ карболовой кислоты; пучки лигатуръ густо пересыпаны іодоформомъ; рыхлая влагалищная тампонада іодоформенной марлей.

Первые три дня моча выпускается черезъ катетеръ; потомъ произвольно.

Смѣна тампона повторена на пятыя и шестыя сутки, когда отдѣленіе стало гноевиднымъ.

На 7-я и 8-я сутки отдѣленіе было того-же характера, но съ гнилостнымъ запахомъ. Терапія та-же.

На 9-й день позволено сидѣть. Отдѣленіе съ тѣмъ-же характеромъ. Терапія та-же.

На 12-й день, при спринцеваніи, сразу отдѣлилось нѣсколько лигатуръ; отверстіе вполнѣ закрылось. Рана хорошо гранулируетъ. Тампонада оставлена. Дѣлаются только рукавныя спринцеванья по 2 раза въ день.

На 21-й день позволено вставать.

На 25-й день, при легкомъ потягиваніи, отдѣлились послѣднія лигатуры. Блѣдныя грануляціи слегка туширowаны палочкой ляписа.

Такія-же прижиганія повторены на 29-й и 34-й дни.

На 45-й день послѣ операціи больная выписана.

Рукавъ въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ представляетъ закрытый куполъ, въ центрѣ котораго видно овальное, красноватое, покрытое незначительнымъ количествомъ бѣловатаго отдѣлимаго, пятно.

Своды свободны; не болѣзненны.

Общее состояніе больной не оставляетъ желать лучшаго.

Около года послѣ операціи больная отъ времени до времени показывалась въ клинику. Все время она пользуется хорошимъ здоровьемъ. Спустя годъ, констатированъ рецидивъ.

Примѣчаніе. Извлеченная матка (спиртовый препаратъ) вѣситъ 90 грм.; длина ея=11,5 с., поперечникъ въ днѣ=7,5 с. На задней стѣнкѣ тѣла много ложныхъ склеекъ брюшины. Макроскопически—раковое пораженіе тянется высоко за внутренній зѣвъ.



Рис. 3-й. F. F. Fundul uteri; c. c.—corpus uteri; l. a. labium anterius, l. p. lab. posterius port. vaginalis съ канкрознымъ наростомъ на ней.

II.

Д. И.—39 лѣтъ; солдатка; замужняя; прислуга. Первыя регулы на 13 году; съ 14 лѣтъ—правильны; черезъ 4 недѣли по 3—4 дня; не обильны. Замужемъ съ 26 л.; двое родовъ, — первые на 28, послѣдніе на 34 году. Три мѣсяца тому назадъ абортировала на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Жалуется на боли въ поясницѣ и обѣихъ подвздошныхъ областяхъ. Послѣдніе пять мѣсяцевъ страдаетъ постоянными кровотеченіями, доводящими больную по временамъ до обмороковъ. Въ свободное отъ кровей время—сильныя бѣли.

Больная—средняго роста; умѣреннаго питанія; анемична; за по-

слѣднія три недѣли настолько ослабѣла, что совершенно отказалась отъ всякой работы. — Genitalia externa—нормальны; но блѣдны.

Portio vaginalis—кзади; цилиндрической формы; утолщена; задняя ея губа—изъязвлена; легко кровоточитъ; передняя губа плотна; не изъязвлена.

Зѣвъ съ двухстороннимъ разрывомъ; пропускаетъ палецъ.

Выдѣленія—серознокровянисты.

Матка немного увеличена; антевертирована; лежитъ болѣе влѣво (anteversio et lateropositio sinistra); плотна; чувствительна; подвижность ея ограничена; длина полости 8,5 c.

Въ лѣвомъ сводѣ—чувствительный яичникъ.

Діагнозъ — Cancer canalis cervicis. — Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило клиническій діагнозъ рака. Операція 13-го января 1885 года. Обычная дезинфекція. Провизорное обкалываніе передняго свода; тупое отдѣленіе въ немъ до брюшины, которая тотчасъ же была вскрыта. Кровоточащіе сосуды всѣ обколоты. Точно также сдѣлано въ заднемъ сводѣ, гдѣ также было вскрыто соотвѣтствующее Дугласово пространство. Послѣ чего — нѣсколько провизорныхъ толстыхъ шелковыхъ лигатуръ въ лѣвомъ боковомъ сводѣ; за симъ уже начато отдѣленіе этого свода изогнутыми, но плоскости короткими ножницами, которому всегда предшествовалъ рядъ болѣе глубоко захватывающихъ ткань лигатуръ. Благодаря этому обстоятельству, отдѣленіе боковой параметральной клѣтчатки, весьма богатой, какъ извѣстно, сосудами, было совсѣмъ почти безкровно. Когда лѣвый параметрій былъ достаточно отдѣленъ, тоже самое и съ той же систематичностью предупреждающаго обкалыванія, было повторено въ сводѣ правой стороны. Засимъ приступлено къ опрокидыванію матки. Неудачная, вслѣдствіе старыхъ тесемочныхъ срощеній матки, попытка достигнуть этого черезъ задній сводъ заставила опрокинуть матку черезъ передній, что выполнено было безъ особенныхъ техническихъ затрудненій посредствомъ мюзеевскихъ щипцовъ, причемъ отдѣленный сводъ пальцами надвигался на постепенно опрокидываемое маточное тѣло и дно. На открывшуюся послѣ этого часть широкихъ связокъ наложено сначала слѣва 3 шолковыхъ лигатуры, долженствующія захватить arteriam spermaticam съ ея вѣтвями и остальной связочный аппаратъ. Затянувши лигатуры,—ткань перерѣзана близко около матки. Точно тоже повторено и справа. Послѣ чего матка была совершенно отдѣлена отъ ея

прикрѣпленій и выведена. Ирригація. Кровотеченія нѣтъ. Брюшинное рукавное отверстіе уменьшено до діаметра въ одинъ поперечный палецъ помощью 4-хъ лигатуръ. Завязанныя въ 4 пучка, соотвѣтственно мѣсту наложенія, лигатуры выведены въ рукавъ и обрѣзаны на длину около 6 с. отъ ткани, гдѣ они завязывались. Брюшинно-рукавное отверстіе и весь рукавъ рѣзко затампонированы іодоформенной марлей въ видѣ длинной узкой полосы. Операція продолжалась 2 часа 10 мин.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ высшая температура была:

								t^0	Пульсъ.
На	первыя	сутки	въ	5	час.	—	мин. веч.	37,8	86
»	вторыя	»	»	7	»	—	» »	38,2	95
»	третьи	»	»	6	»	—	» »	38,8	108
»	четвертыя	»	»	5	»	—	» »	38,7	92
»	пятыя	»	»	9	»	20	» »	38,4	90
»	шестыя	»	»	5	»	—	» »	38:5	86

Съ 7-го по 19-й день была не выше 37,9. Больной съ 9-го дня послѣ операціи уже позволено было сидѣть, а съ 14-го —она ходила. Но на 19-й день у ней появились сильныя боли и къ вечеру значительный отекъ лѣвой ноги. (Тромбъ venae saphenae). При соотвѣтствующемъ леченіи отечность и боли въ ногѣ въ теченіе слѣдующихъ 6-ти дней уничтожились и температура съ 38°, какъ она держалась за это время, пала до нормы.

На 27-й день послѣ операціи появились боли въ груди, кашель, общая слабость. Притупленіе по всей задне боковой поверхности правой стороны груди. Хрипы. Селезенка увеличена. Температура 6 дней держится до 40°. Plevropneumonia. Процессъ разрѣшился всецѣло, и съ 34-го дня силы больной постепенно наростаютъ, такъ что въ концѣ 2-го мѣсяца (на 54-й день послѣ операціи) больная выписана въ прекрасномъ состояніи здоровья.

Общее самочувствіе оперированной въ первые дни послѣ операціи было вполнѣ утѣшительно. Она мало спала только въ первую ночь; потомъ сонъ былъ нормальный.

Первыхъ три дня больная не могла сама мочиться, и потому ее катетеризировали черезъ каждые $2^1/_2$—3 часа, а ночью въ моменты пробужденія.

Мѣстная гинекологическая терапія:

На 3 день удаленъ тампонъ, покрытый слизисто-кровянистымъ выдѣленіемъ. Рукавъ проспринцеванъ $2^1/_2$% карболовой кислоты; пучки лигатуры густо пересыпаны іодоформомъ.

На 4 день—только одно рукавное спринцеваніе.

На 5 день—выдѣленіе гноевидно, спринцеваніе и присыпка іодоформомъ.

Съ 6 по 9 день—выдѣленія были гноевидны и съ запахомъ. начиная съ 6 дня и во все остальное время до дня выписки больной, ей дѣлались только рукавныя спринцеванія по 2 раза въ день $2^1/_2$% растворомъ карболовой кислоты.

Оперированная—жена нашего академическаго служителя. Со времени операціи она приходила нѣсколько разъ въ клинику. Пользуется цвѣтущимъ здоровьемъ. Послѣ операціи прошло уже три слишнимъ года. При послѣднемъ изслѣдованіи ея—никакихъ признаковъ на возможность рецидива нѣтъ.

Примѣчаніе. Препаратъ (спиртовый) вѣситъ 90 грм., длина его = 10 с., поперечникъ въ днѣ = $6^1/_2$ сант. Губы сильно разворочены. Раковое пораженіе (макроскопически) до внутренняго зѣва.



Рис. 4-й. F. F. Fundus uteri; c. c' corpus uteri; l. a. labium anter. port-vaginalis, l. p. labium posterius port vag.

III.

Е. У., 36 лѣтъ; незамужняя, прислуга. Первые регулы на 20 году; через 3½ недѣли по 6 дней; 1 разъ абортировала на 4-мъ мѣсяцѣ беременности; 4 родовъ, изъ которыхъ первые на 23, а послѣдніе на 32 году.

Больной считаетъ себя 1 годъ и 10 мѣсяцевъ. Жалуется на сильныя боли въ правомъ подреберьи, такія же по силѣ боли внизу живота и поясницѣ. Кромѣ того, жалуется на общую слабость и сильныя боли. Съ начала заболѣванія регулъ не было въ теченіи пяти менструальныхъ періодовъ; потомъ онѣ приходили правильно 4 раза, и за послѣдній годъ ихъ снова нѣтъ.

Больная плохо упитана; анемична. Дыхательные шумы слабы. Первый токъ у верхушки—глухъ.

Печень увеличена, бугриста, болѣзненна.

Genitalia externa—блѣдны.

Portio vaginalis—цилиндрической формы, увеличена, обращена назадъ; плотна; на слизистой оболочкѣ передней ея губы канкрозное разрощеніе величиною въ голубиное яйцо.

Матка слегка впередъ и вправо; немного увеличена; подвижна; плотна; не болѣзненна.

Своды—свободны.

Діагнозъ—cancer portions vaginalis.

При помощи пакеленовскаго термокаутера была отнята часть новообразованія и при микроскопическомъ изслѣдованіи получили картину канкроидной формы рака.

Въ виду жалобъ больной на боли въ правомъ подреберьи и такого, какъ указано выше, состоянія печени, проф. А. И. Лебедевъ счелъ нужнымъ показать больную проф. С. П. Боткину, которымъ хотя не вполнѣ утвердительно было высказано предположеніе о возможности раковаго метастатическаго пораженія hepatis.

Въ силу вѣроятности, при несомнѣнномъ раковомъ пораженіи portionis, предполагавшагося страданія печени, больной было отказано въ операціи. Продержавши больную нѣкоторое время подъ наблюденіемъ, которое какъ бы болѣе подтвердило сдѣланное предпо-

ложеніе о метастазѣ рака въ печень, ибо размѣры органа, ея бугристость и чувствительность увеличивались, больную выписали, какъ casus inoperabibis въ томъ смыслѣ, что процессъ уже далъ далекіе метастазы.

Черезъ 2½ мѣсяца послѣ выписки больная снова возвратилась въ клинику. Общее ея состояніе значительно ухудшилось, такъ какъ за послѣднее время она страдала сильными кровотеченіями, она стала кахектична. Но къ общему удивленію нашему и видѣвшихъ ее раньше спеціалистовъ внутреннихъ болѣзней,—печень при пальпаціи, выходя пальца на 2 изъ-подъ края реберъ, не имѣла ни прежней болѣзненности, ни ясно опредѣлявшейся раньше узловой бугристости. Прощупывавшійся теперь край ея былъ повсюду равномѣрной консистенціи, съ совершенно ровной поверхностью.

Но съ другой стороны—грибовидное разращеніе передней губы portionis значительно увеличилось и выполняло собою большую часть рукава; поверхность его изъязвлена и легко кровоточива.

Равнымъ образомъ подвижность матки стала ограниченнѣе. Выдѣленія—обильны и съ сильнымъ специфическимъ запахомъ. Своды затронуты новообразованіемъ. Температура больной со дня поступленія до операціи:

—38,2	37,2—38,4	37,5—39,4	37,7—37,8
37,7—39,5	38,4—39,5	38 —39	38 —39
38,3—39,2	38,2—39	38 —38,4	38 (операція).

Въ виду такихъ угрожающихъ жизни больной явленій, проф. А. И. Лебедевъ ускорилъ съ операціей полнаго вылущенія всей матки, какъ несомнѣннаго очага, хронически отравлявшаго организмъ больной, тѣмъ болѣе потому, что условія для выполненія этой операціи были еще сохранены, хотя и неособенно благопріятны.

Операція 10-го апрѣля 1885 года. Грибовидное разращеніе на portis vaginalis настолько выполняло собою рукавъ, что достиженіе сводовъ, а тѣмъ болѣе задняго, представлялось чрезвычайно труднымъ дѣломъ. Поэтому первою цѣлью оператора было улучшить себѣ условія оперированія въ пространственномъ отношеніи; для чего нужно было удалить весь этотъ наростъ, къ чему заставляло прибѣгнуть и то еще обстоятельство, что низведеніе матки было невозможно, такъ какъ вся предлежащая опухоль легко рвалась мю-

зеевскими щипцами. Для выполненія этихъ обѣихъ цѣлей первѣе всего было сдѣлано основательное выскабливаніе (вѣрнѣе соскабливаніе) раковыхъ массъ и прижиганіе ихъ пакеленовскимъ термокаутеромъ. И только послѣ этого было приступлено къ обкалыванію и отдѣленію сводовъ; начато это было съ боковыхъ, и когда въ нихъ отдѣленіе было совершено настолько, что при одновременномъ вскрытіи и частичномъ отдѣленіи также и передняго свода, матка стала болѣе свободно низводиться,—на нее на уровнѣ внутренняго зѣва наложена двойная толстая шелковая лигатура, раздѣлившая эту частъ шейки на двѣ равныя половины, и сегментъ ниже лигатуры ампутированъ ножемъ. Значеніе этой лигатуры было двоякое: во-первыхъ, она назначалась для цѣлей кровоостанавливающихъ, во-вторыхъ, съ нею въ рукахъ операторъ получилъ большую возможность низвести матку, такъ какъ послѣ ампутаціи шейки уменьшилось поле для захватыванія 2—3, необходимыми въ этотъ моментъ, мюзеевскими щипцами. Послѣ этого обколотый 5-ю лигатурами, задній сводъ былъ вскрытъ съ соотвѣтствующимъ Дугласовымъ мѣшкомъ. Докончено отдѣленіе передняго свода и дно матки было вытянуто постепеннымъ перекладываніемъ мюзеевскихъ щипцовъ черезъ задній сводъ. По три лигатуры съ обѣихъ сторонъ на оставшіяся части широкихъ связокъ. Полное вылущеніе матки. Спринцеваніе $^1/_2$% салициловой кислоты. Peritoneum соединенъ 5 лигатурами со слизистой оболочкой рукава, и брюшинно-влагалищное отверстіе стянуто. Всего на сосуды, своды и широкія связки наложено 37 толстыхъ лигатуръ, концы которыхъ низведены во влагалище и обрѣзаны на 6—8 с. отъ мѣста ихъ наложенія. Рыхлая тампонада рукава іодоформенной марлей съ нѣсколькими ватными шариками. Продолжительность операціи 2 часа. Кровотеченіе было сравнительно невелико.

Послѣоперационный періодъ прошелъ довольно гладко.

Дни.	Утромъ Темп.	Утромъ Пульсъ.	Вечеромъ Темп.	Вечеромъ Пульсъ.	Дни.	Утромъ Темп.	Утромъ Пульсъ.	Вечеромъ Темп.
1	—	—	37	90	11	36,8	72	38,5
2	36,9	75	37,9	84	12	37,2	68	38,3
3	37,8	80	39,8	96	13	37,1	78	38,4
4	38,3	88	38,6	92	14	37,3	—	37,8
5	37,4	72	37,7	—	15	37,1	—	38,2

6	37,1	68	38	—	16	37	—	37,7
7	37	88	38,2	—	17	37,2	66	37,5
8	37,4	72	38,3	96	18	37,1	—	37,2
9	37,1	66	38,2	92	19	37,2	—	—
10	36,9	72	38	—				

Температура, какъ видно изъ предлагаемой таблицы, только разъ (на третьи сутки вечеромъ) поднялась до 39,8 (безъ зноба); но на слѣдующій же день она была 38,6° и съ этого времени нѣсколько дней держалась ясной субфибрильной формы, пока совсѣмъ не стала нормальной. Пульсъ за все время держался границъ нормальныхъ колебаній.

Моча выпускалась катетеромъ только первые двое сутокъ; а потомъ больная могла мочиться сама. Рвота была на вторыя сутки 2 раза. Вздутія кишекъ совсѣмъ не было. Сонъ безпокойный только первую ночь. На вторую спала послѣ впрыскиванія $^1/_4$ гр. морфія; а съ третьей спала безъ наркотическихъ.

Боли внизу живота и въ поясницѣ были первыя четверо сутокъ. 1-й стулъ на 7-я сутки. Хорошее самочувствіе съ 6-хъ сутокъ.

Мѣстная терапія. Рукавное спринцеваніе, присыпка іодоформомъ и рыхлая тампонада іодоформенной марлей на 2, 3, 4 и 6 дни. Далѣе одни рукавныя спринцеванія по 3 раза въ день $2^1/_2\%$ карболовой кислоты.

Лигатуры начали отходить съ 7-го дня. Отдѣленія были съ запахомъ на 9, 10, 11 и 12 я сутки.

Больная встала на 11-я сутки, начала ходить на 13-я.

По случаю закрытія клиники, больная выписана на 19-я сутки, при вполнѣ удовлетворительномъ самочувствіи. Рана гранулируетъ хорошо, чиста. Нѣсколько лигатуръ еще держатся.

Дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна.

Примѣч. Вѣсъ препарата (спиртоваго) 90 грам.; длина 11 с., поперечникъ въ днѣ 4,5 с. На задней наружной стѣнкѣ тѣла множество ложныхъ склеекъ. Макроскопически раковое пораженіе тянется высоко за внутренній зѣвъ.

IV.

Т. Л., 30 лѣтъ, мѣщанка, замужняя. Регулы съ 15 лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 7 дней. Замужество на 19 году. 4 родовъ; изъ нихъ первые на 20, послѣдніе—2½ года тому назадъ. Больной считаетъ себя весь послѣдній годъ. Жалуется на постоянныя (4 мѣсяца) кровотеченія; причемъ въ теченіи всего послѣдняго года были сильныя, зловонныя бѣли.

Средняго роста и тѣлосложенія; удовлетворительнаго питанія.

Portio vaginalis неправильной формы, рѣзко увеличена, плотна; оверхность изъязвленія изрыта, легко кровоточитъ.

Зѣвъ—слегка проходимъ для пальца, который попадаетъ въ шероховатую, кровоточащую полость.

Отдѣленія гноевидно-кровянистыя, съ специфическимъ зловоннымъ запахомъ.

Матка слегка впередъ и вправо, не увеличена, нечувствительна, подвижна, плотна.

Своды свободны и нечувствительны.

Діагнозъ—Cancer canalis cervicis.

Операція 25/I 86 г. Предварительное обкалываніе тремя лигатурами съ послѣдовательнымъ вскрытіемъ и отдѣленіемъ передняго свода, затѣмъ, такое-же обкалываніе съ слѣдовавшими за нимъ надрѣзомъ и отдѣленіемъ задняго предшествовали такому-же обращенію съ обоими боковыми сводами, изъ которыхъ первымъ былъ обколотъ и вскрытъ лѣвый. Такъ какъ утолщенная влагалищная часть нѣсколько затрудняла маневръ опрокидыванія матки, то она была ампутирована на уровнѣ внутренняго зѣва, ниже наложенной здѣсь двойной лигатуры. Послѣ этого, дно матки выведено черезъ задній сводъ. Верхняя часть широкихъ связокъ была перевязана тремя лигатурами, и матка послѣ этого совершенно отдѣлена отъ своихъ соединеній и извлечена. Передній и задній листки брюшины соединены швомъ со слизистой оболочкой соотвѣтствующихъ имъ сводовъ рукава. Брюшинно-рукавное отверстіе рыхло затампонировано іодоформенной марлей, и во влагалище введенъ такой-же (іодоформенно-марлевый) тампонъ. Потеря крови была незначительна. Операція продолжалась 1 часъ 20 мин.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ абсолютно благопріятно.

Maximum повышенія t^0 было вечеромъ на третьи сутки, когда она была 37,8°. Пульсъ за все время колебался между 60—90 ударами.

Единственно, на что можно указать, было то, что оперированная плохо переносила послѣдствія хлороформнаго наркоза и въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ мучилась припадками тошноты и рвоты, причемъ кокаинъ оказался недѣйствительнымъ и былъ (съ успѣхомъ) замѣненъ мороженымъ молокомъ.

Катетеризовали въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ. Сонъ хорошій, начиная съ третьей ночи. За все время послѣоперационнаго періода больная ни на что не жаловалась.

Первый тампонъ, съ предшествовавшимъ промываніемъ рукава $2^1/_2\%$ карболовымъ растворомъ, былъ перемѣненъ на 4 сутки. Тоже самое повторялось на 8, 12 и 16 сутки, съ какого времени (16 д.) терапія вплоть до 30-го послѣ операціи дня состояла въ однихъ рукавныхъ спринцеваніяхъ по два раза ежедневно.

Къ 16 дню рана представляла собою хорошо загранулировавшійся рубецъ. Съ этого дня больной позволено было сидѣть въ постели и съ 21-го дня начала ходить. На 30, 39 и 42-й дни послѣ операціи сильно гранулировавшая поверхность туширована палочкой ляписа. При выпискѣ (50-й день) въ самой верхней части рукава красноватый, поперечный, длиною около $2^1/_2$ с., плотный, совершенно неболѣзненный рубецъ.

Послѣ операціи больная значительно окрѣпла силами и выписана въ самомъ хорошемъ состояніи здоровья. Къ нашему глубокому сожалѣнію, какъ пріѣзжая изъ Новгорода, она тотчасъ-же послѣ выписки изъ клиники уѣхала на родину и, какъ человѣкъ не интеллигентный, ни разу не сообщила намъ о своемъ здоровьи въ дальнѣйшемъ.

Примѣчаніе. Вѣсъ препарата (спиртоваго) = 60 грм. Длина его = 9; поперечникъ у дна = 5 сант. Раковое пораженіе не доходитъ (макроскопически) до внутренняго зѣва.

V.

А. Л., 33 лѣтъ, крестьянка, фабричная, дѣвица. Регулы съ 15 лѣтъ, черезъ 4—5 недѣль, по 4—5 дней. Со времени заболѣванія

menstrua стали по 7 дней, обильны. Жалуется на боли внизу живота и пояснице, также на обильныя кровопотери во время регулъ и бѣли, которыя имѣютъ грязновато-желтоватый цвѣтъ и непріятный запахъ.

Блондинка, средняго роста, средняго тѣлосложенія, плохо упитана. Малокровна.

Ruptura perinei 1-й степени. Mucosa vaginae—анемична. Port. vaginalis—кзади, утолщена, съ зѣвомъ, пропускающимъ палецъ, который попадаетъ въ большую, кратерообразную полость съ шероховатыми и бугристыми стѣнками. Отдѣленіе зловонно, обильно.

Матка—впередъ и вправо, увеличена; плотна, чувствительна, съ ограниченной подвижностью. Длина полости ея=8,5 с.

Правый сводъ—резистентенъ, остальные свободны. Lig sacrouterinum dextrum напряжено. Діагнозъ—Cancer canalis cervicis.

Микроскопъ подтвердилъ канкрозный характеръ новообразованія. Въ періодъ до операціи больная променструировала. Регулы продолжались 6 дней и были очень обильны. На 5-й день послѣ ихъ окончанія—сдѣлана операція.

29/x 86 г. Неполное низведеніе, вслѣдствіе малой растяжимости праваго свода. Послѣ предварительнаго обкалыванія были постепенно вскрыты: задній сводъ, причемъ проскользнувшія петли кишекъ вправлены и защищены на мѣстѣ губкой, потомъ передній и нижняя часть лѣваго. Вскрывши эти три свода и обколовши доступную часть праваго, операторъ приступилъ къ манипуляціи опрокидыванія матки, что было не совсѣмъ легко съ одной стороны въ силу малой податливости невскрытаго свода, а съ другой, вслѣдствіе довольно значительнаго увеличенія органа. Вслѣдъ за опрокинутой маткой въ рукавъ проскользнулъ правый яичникъ и труба той же стороны. Сначала былъ перевязанъ и отдѣленъ верхній участокъ лѣвой широкой связки, причемъ на него теперь наложено четыре толстыхъ лигатуры; а потомъ наложили и на верхнюю часть широкой связки правой стороны пять такихъ же шелковыхъ лигатуръ и, отдѣливши этотъ перевязанный участокъ lig. lati. въ базисѣ ея было констатировано бо́льшее уплотненіе, чѣмъ казалось прежде. Уплотненная часть имѣла неправильно узловую, какъ бы округленную форму, по общему виду и по консистенціи, а главное, принимая во вниманіе раковое заболѣваніе шейки матки, могла имѣть также канкрозный

характеръ. Полное его удаленіе съ резекціей извѣстнаго участка несомнѣнно здоровой ткани не представлялось технически особенно удобнымъ и не могло быть безопаснымъ въ смыслѣ прочнаго положенія наложенныхъ прежде лигатуръ въ слишкомъ укороченной культѣ. Поэтому болѣе доступная его часть была резицирована; а остальная кругомъ обколота пятью основательными лигатурами. Рукавно-брюшинное отверстіе было съужено въ передне-заднемъ размѣрѣ; культи вшиты въ его углы. Кровотеченіе во время операціи было незначительно. Рукавъ затампонированъ іодоформенной марлей. Операція продолжалась 2 часа. Температура сейчасъ же послѣ операціи 36,8. П. 102.

Послѣоперадіонный періодъ прошелъ крайне благопріятно. Температура только за три измѣренія (производящіяся въ клиникѣ проф. Лебедева первые 4—5 дней послѣ операціи, какъ уже нами указано, черезъ каждые 3 часа) была 38,2, два раза доходила до 38, а остальное время до 6-го дня послѣ операціи не поднималась выше 37,8, съ 6-го же дня не выше 37,5. Пульсъ первые восемь дней былъ между 80—102; съ 9-го онъ давалъ не болѣе 75 ударовъ. Характеръ волны его за все время былъ вполнѣ хорошъ. Сонъ только въ первую ночь часто прерывался; но подъ вліяніемъ $^1/_6$ гр. морфія, введеннаго въ 12 часовъ ночи подъ кожу, онъ былъ вполнѣ удовлетворителенъ. Со 2-й ночи оперированная спала безъ снотворныхъ средствъ. Рвота повторялась въ теченіи только первой ночи четыре раза. Катетеризовали только первыя двое сутокъ.

Боли въ поясницѣ, начавшіяся со втораго дня и которыя можно было объяснять тѣмъ однообразнымъ положеніемъ, въ которомъ больная должна была находиться безъ привычки такъ постоянно, улеглись къ вечеру втораго дня. Первый стулъ на 6-й день.

Мѣстная терапія состояла въ перемѣнѣ тампона, рукавныхъ спринцованіяхъ и при показаніяхъ—освобожденіи раны отъ лигатуръ. Первый тампонъ былъ замѣненъ на 5-я сутки послѣ операціи; онъ былъ покрытъ отдѣлимымъ раны, имѣвшимъ довольно сильный іодоформенный съ примѣсью нѣкоторой сладковатости запахъ. Раневая поверхность къ этому времени уже хорошо гранулировала.

То же повторено на 8-й день (когда отпала часть мортифицированной ткани вмѣстѣ съ 6-ю лигатурами), 12-й день (когда вмѣстѣ съ нѣсколькими лигатурами вымыты и отдѣльные клочья отпадав-

давшей ткани), и наконецъ на 15-й день. Съ 16-го дня больной дѣлались только ежедневныя утромъ и вечеромъ рукавныя спринцеванія, безъ послѣдовательной тампонады.

Раневая поверхность совершенно выполнилась хорошей гранулирующей тканью къ 13-му послѣ операціи дню, когда больной позволено было вставать; начала же сидѣть она съ 9-го дня. Всего со дня операціи больная провела въ клиникѣ 36 дней. Выписалась въ прекрасномъ общемъ состояніи здоровья. Рукавъ въ день выписки больной представлялъ собою слѣпой мѣшокъ, въ куполѣ котораго былъ хорошій рубецъ, тянувшійся въ правую половину таза почти вплоть до костей.

Въ концѣ февраля мѣсяца, т. е. черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи, оперированная была на нашемъ амбулаторномъ пріемѣ въ Маріинской больницѣ, и какъ общее, такъ въ частности и состояніе рубца было вполнѣ утѣшительно.

Примѣч. Вѣсъ препарата (спиртоваго) 120 грам., длина 12, поперечникъ у дна 8 сант. Вмѣстѣ съ маткой удалены оба яичника и трубы, изъ которыхъ на правой сторонѣ они не отдѣлены отъ матки. Трубы обѣ утолщены; яичники больше нормальныхъ. На задней наружной стѣнкѣ тѣла—ложныя склейки. Макроскопически-замѣтное распространеніе рака тянется въ самую полость матки.

VI.

Н. Н., 35 л., крестьянка, замужняя. Первыя регулы на 16-мъ году, всегда отличались неправильностью. Замужество на 21-мъ году. Были одни только роды, на 23-мъ году. Жалуется на постоянное кровотеченіе, постоянныя боли внизу живота и пояснщѣ. Началось заболѣваніе $1^1/_2$ года тому назадъ. Больная выше средняго роста, съ хорошо развитой костной системой; плохо упитана; крайне анемична.

Genitalia externa—вялы; mucosa vaginae—блѣдна; portio vagin. впередъ, неправильной цилиндрической формы, увеличена, тверда, бугриста, съ изъязвленіемъ на правой сторонѣ. Зѣвъ и цервикальный каналъ кратерообразно изъязвлены, особенно справа; поверхность изъязвленія бугриста; съ твердой, легко отрывающейся, сильно кровоточащей тканью.

Отдѣленіе кровянисто и зловонно.

Матка болѣе кзади, увеличена; плотна, болѣзненна, съ значительно ограниченной подвижностью. Полость ея $8\frac{1}{2}$ сант.

Въ правомъ и частію заднемъ сводахъ прощупывается ограниченный плотный, слегка чувствительный инфильтратъ. Въ заднемъ же сводѣ имѣется щелеобразное отверстіе, идущее позади portio supravaginalis довольно глубоко вверхъ, покрытое распадомъ и окруженное инфильтратомъ.

Діагнозъ — Cancer canalis cervicis. Infiltratio cancrosa parametrii dextri et fornicis posterioris.

22/xı 86 г. Наркозъ. Соотвѣтственная дезинфекція. Фиксація матки неполная. Ткань шейки такъ рвется, что для низведенія она захвачена, кромѣ мюзеевскихъ щипцовъ, еще одной толстой лигатурой. Инфильтрированный правый параметрій, также не позволялъ желаннаго приближенія поля операціи; но, сдѣлавши это *насколько было возможно*, операторъ прежде всего приступилъ къ основательному обкалыванію сначала лѣваго, а потомъ праваго сводовъ. Рядомъ лигатуръ ткань захватывалась все выше и выше, имѣя цѣлью перевязать art. uterinam. Вслѣдъ за этимъ сначала вскрыты ножемъ, а потомъ отдѣлены пальцемъ нижнія части обколотыхъ сводовъ; причемъ по отдѣленіи передняго появилось артеріальное кровотеченіе, сейчасъ-же остановленное обкалываніемъ. Начатое затѣмъ обкалываніе (держась ближе къ маткѣ) праваго свода было оставлено, такъ какъ ткань параметрія въ этомъ мѣстѣ прорѣзывалась лигатурами,—почему отдѣленіе этого свода отложено къ концу операціи, когда операціонное поле должно быть значительно удобнѣе. Поэтому, войдя пальцемъ въ существующую щель задняго свода, онъ былъ вскрытъ вполнѣ очень легко и скоро. Края щели свода были предварительно обколоты и резицированы. Окончено отдѣленіе передняго свода. Тогда, пользуясь вполнѣ вскрытыми переднимъ и заднимъ сводами, весь участокъ широкой связки лѣвой стороны съ соотвѣтствующими Фаллопіевой трубой, связкой яичника и сосудами былъ постепенно перевязанъ рядомъ лигатуръ и отдѣленъ *in situ*. Проскользнувшія черезъ отверстіе задняго свода петли тонкихъ кишекъ вправлены и удержаны на мѣстѣ введенной въ сводъ губкой. Теперь только матка была опрокинута черезъ передній сводъ. Перевязка и отдѣленіе правой широкой связки начаты съ верхняго

ея отдѣла, гдѣ ткань была совершенно нормальна. Но, спускаясь внизъ, къ своду, лигатуры приходилось накладывать все дальше и дальше отъ матки. Теперь это удалось сравнительно не трудно. Болѣе глубокія петли лигатуръ захватывали собою макроскопически здоровую ткань далеко въ сторону, но за то, положивши такихъ лигатуръ цѣлый рядъ,—весь инфильтратъ клѣтчатки правой стороны былъ крѣпко изолированъ. Проводящіе къ нему изъ здоровой ткани сосуды были крѣпко стянуты, чѣмъ давалась надежда на постепенную мортификацію этого инфильтрированнаго участка. Матка удалена. Такъ какъ кровотеченіе за время операціи въ общемъ было довольно значительное, то не сшивая раневыхъ поверхностей, въ брюшинно-рукавное отверстіе былъ плотно заложенъ марлевый, съ ватными шариками тампонъ, который по фигурѣ своей напоминалъ песочные часы. Его широкія части съ одной стороны слегка заведены надъ отверстіемъ, съ другой—выполняли рукавъ; узкая-же часть занимала самое отверстіе.

Сейчасъ-же послѣ операціи t° 36,5; п. 76; вечеромъ того-же дня 37,9; п. 84.

Послѣопераціонный періодъ осложнился параметритомъ, воспаленіемъ—glandulæ parotideæ и афтознымъ процессомъ зѣва.

Температура за первые 9 дней:

Дни.	Утромъ.		Вечеромъ.	
	Температура.	Пульсъ.	Температура.	Пульсъ.
2	38,1	96	39,2	114
3	38,6	116	39,2	130
4	38,6	104	38,2	105
5	37,7	108	38,4	114
6	37,7	100	38	110
7	38	100	38,8	105
8	39,4	114	39,2	120
9	38,2	122	38,4	120

Послѣ этого температура не доходила ни разу до 38; пульсъ былъ еще дней 6 около 100, а потомъ и онъ вошелъ въ норму.

Довольно сильныя боли живота начались къ вечеру послѣ операціи; съ третьяго дня къ нимъ присоединились боли въ области

glandulæ parotideæ, а также затрудненіе и боль при глотаніи. Въ зѣвѣ въ это время появились афты.

Отъ болей плохой сонъ; упадокъ силъ. На 8-й день, кромѣ того, присоединился частый и довольно обильный поносъ; который, при соотвѣтствующихъ мѣрахъ, прекратился черезъ два дня. Припухлость и болѣзненность околоушной железы исчезла совершенно къ 15-му дню послѣ операціи. Параметритическій эксудатъ сталъ быстро уменьшаться къ концу 1-го мѣсяца послѣ операціи. Терапевтическія мѣры противъ явленій со стороны околоушной железы, афтъ и параметрита—обычныя.

Произвольное мочеиспусканіе со вторыхъ сутокъ. Мѣстная терапія состояла въ перемѣнѣ тампоновъ, спринцеваніи рукава и очищеніи раны отъ отпадавшихъ частей ткани. Первый тампонъ былъ перемѣненъ въ началѣ третьихъ сутокъ. Отдѣленіе изъ области лигатурированнаго участка съ зловоннымъ запахомъ.

То же повторено на 5, 7, 8, 9 и 12-й дни, послѣ чего тампонада рукава была оставлена, и примѣнялись только одни рукавныя спринцеванія по два раза въ день.

Раневая поверхность, кромѣ правой ея половины (представлявшейся довольно грязной, сѣраго цвѣта), начала хорошо гранулировать съ третьихъ сутокъ; на пятыя сутки разростаніе грануляцій было уже довольно энергично, кромѣ все-таки правой стороны, откуда на 7-й день вмѣстѣ съ массой лигатуръ были отдѣлены куски омертвѣвшей ткани. Масса такихъ омертвѣвшихъ клочьевъ отошли на 9-й день. Съ 20-го дня послѣ операціи, видъ поверхности правой стороны кажется подозрительнымъ. Лигатуры, изъ которыхъ только нѣкоторыя держались до 20-го дня, отпадали вмѣстѣ съ мортифицированной тканью.

Около 30-го дня характеръ рубца выяснился въ томъ, что это было злокачественное разрощеніе.

На 33-й день больная встала. Слаба. Отдѣленія изъ рукава обильны, желтовато-грязнаго цвѣта.

На 36-й день послѣ операціи къ язвенной поверхности въ правомъ сводѣ приложенъ съ 20°/$_0$ растворомъ брома тампонъ, который удаленъ былъ на слѣдующій день.

Къ 40-му дню язва значительно очистилась.

Больная стала жаловаться на отекъ правой ноги. Среднее су-

точное количество мочи въ это время 1000, съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,015, безъ бѣлка.

Боли въ крестцѣ и правойногѣ. Narcotica; бинтованіе ноги.

На 53-й день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники по собственному желанію. Общее состояніе ея улучшилось; но правый сводъ рукава занятъ несомнѣнно раковымъ процессомъ.

Примѣчаніе. Вѣсъ препарата (спиртоваго) матки = 60 грм. Длина его = 9 сант.; поперечникъ у дна = 5 сант. Полость цервикальнаго канала занята раковымъ процессомъ только въ самомъ нижнемъ своемъ отдѣлѣ; но наружная поверхность задней и правой стѣнки шейки сплошь заняты раковыми узлами, которые инфильтрировали и часть парацервикальной клѣтчатки, прилежащей непосредственно къ шейкѣ.

VII.

Н. З., 60 лѣтъ, крестьянка, прачка, замужняя. Первыя menstrua на 15-мъ году; были всегда правильны, черезъ 4 недѣли, по 5 дней. 15 лѣтъ тому назадъ Clymacterium. Замужество на 17-мъ году. 12 родовъ, всѣ нормальны; послѣдніе 31 годъ тому назадъ. Жалуется на гнойныя бѣли, съ сильнымъ запахомъ, продолжающіяся весь послѣдній годъ. За послѣднія $2^1/_2$ недѣли страдаетъ значительными кровотеченіями, со времени кровотеченія появились боли внизу живота и значительная общая слабость. Крѣпкаго тѣлосложенія; средняго роста, умѣреннаго питанія, анемична.

Старческія измѣненія на pudenda externa. Рукавъ также старчески инвольвированъ, его слизистая—нормальнаго цвѣта.

Portio vaginalis—кзади, укорочена, по фигурѣ походитъ на усѣченный конусъ, плотна; подвижна; нечувствительна. Ея слизистая—блѣдна. Цервикальный каналъ свободно проходимъ для зонда. Матка увеличена; длина ея полости 10 сант., дрябловата, чувствительна при пальпаціи; съ ограниченной подвижностью. Отдѣленіе изъ полости матки кровянисто-гнойное; съ специфическимъ запахомъ. Своды старчески измѣнены; лѣвый, кромѣ того, напряженъ болѣе другихъ. Полученныя выскабливаніемъ полости матки тканевыя частицы подъ микроскопомъ дали ясную картину рака.

Діагнозъ—cancer cavitatis uteri.

Операція 29/I 87. Прежде всего, для большаго открытія операціоннаго поля, была сдѣлана ножницами perioneotomia, затѣмъ уже рукавъ открытъ былъ зеркалами и боковыми подъемниками. Возможно большее низведеніе матки при помощи мюзеевскихъ щипцовъ; провизорное обкалываніе передняго и обоихъ боковыхъ сводовъ. Разрѣзъ и отдѣленіе пальцемъ спереди; тоже сзади. Возможно высокое отдѣленіе съ предварительнымъ обкалываніемъ лѣваго и праваго боковыхъ сводовъ. Вслѣдствіе отчасти старческаго измѣненія широкихъ связокъ, отчасти же вслѣдствіе старыхъ параметритическихъ склеекъ, попытка опрокинуть матку ни черезъ передній, ни черезъ задній сводъ не удалась; не удалось достигнуть этого и послѣ того, какъ маточная шейка, послѣ предварительнаго перевязыванія ея на уровнѣ внутреннаго зѣва двойной лигатурой, была ампутирована ножемъ тотчасъ ниже лигатуры. Тогда операторъ приступилъ къ постепенному обкалыванію и отдѣленію широкихъ связокъ in situ, причемъ arteria uterina лѣвой стороны была обколота отдѣльно, вслѣдствіе того, что, послѣ разрѣза ткани въ этомъ уровнѣ ножницами, показалось кровотеченіе. Само по себѣ обкалываніе и разсѣченіе ligg. lata in situ въ данномъ случаѣ не заняло много времени и не было особенно труднымъ. Яичники и культи абдаминальныхъ концевъ трубъ были оставлены. Послѣ полнаго вылущенія матки, слизистая оболочка рукава и peritoneum спереди и сзади были соединены между собою посредствомъ шва. Культи широкихъ связокъ были низведены и вшиты въ углы раны, такъ что изъ всего брюшинно-влагалищнаго отверстія осталось лишь небольшая щель, ведущая въ полость peritonei. Кровотеченіе за все время операціи было незначительно. Послѣ промыванія рукава, концы лигатуръ посыпаны іодоформомъ, и влагалище затампонировано іодоформенной марлей. Операція продолжалась 1½ часа. На разрѣзѣ промежности швовъ не накладывали.

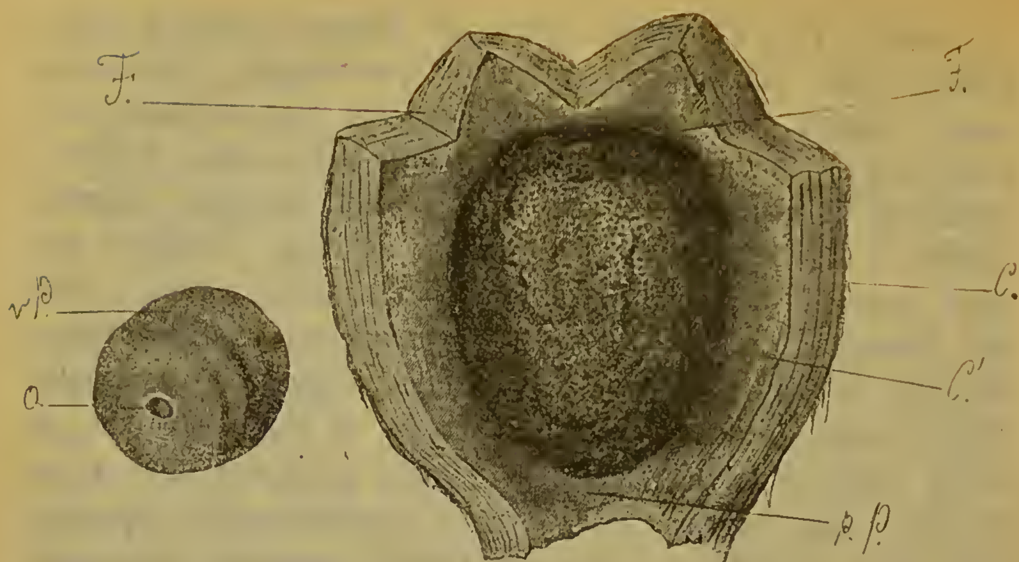


Рис. 5-й. F. fundus uteri, C. corpus uteri, C'—cancer, P. p. paries posterior cavitatis. P. v. portio vagin. O. orif. extern.

Вѣсъ спиртоваго препарата 100 грм.; длина его съ port. vagin. 13, поперечникъ у дна 8 сант. Полость цервикальнаго канала и portio vaginalis совершенно свободны отъ пораженія (макроскопически). Длина ампутированной части = 3 сант.

Температура за первые 15 дней послѣ операціи.

Дни.	Утромъ.	Вечеромъ.	Дни.	Утромъ.	Вечеромъ.
1	—	37,8	9	38,3	37,8
2	37	38	10	37	37,6
3	37,5	37,7	11	36,6	38
4	37,9	39,2	12	37	37,8
5	38,5	38	13	37,6	37,4
6	37,4	38	14	36,7	37,8
7	38,4	37,8	15	37,3	37,8
8	37,7	37,9			

Съ этого времени температура ни разу не была выше 37,5°. Пульсъ за все время послѣ операціи былъ не больше 82.

Изъ осложненій въ данномъ случаѣ былъ только острый приступъ желудочно-кишечнаго разстройства, выразившагося въ ночь съ 4 на 5-й день семью (за ночь) болѣзненными жидкими испражненіями. Эти явленія улеглись только къ утру 6-го дня.

Сонъ у больной былъ недостаточенъ до операціи и послѣ нея

первыя четыре ночи она мало спала, но вѣроятно вслѣдствіе старческой привычки къ такому короткому сну, безсонница не ослабляла больную. Рвота была только въ теченіи первыхъ $1^1/_2$ сутокъ и повторялась за это время 5 разъ.

Катетеризовали въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ. Общее самочувствіе больной съ самаго начала послѣопераціоннаго періода было вполнѣ хорошо.

Мѣстная терапія состояла въ періодической перемѣнѣ тампонады и рукавныхъ спринцеваніяхъ $2^1/_2$ растворомъ карболовой кислоты.

Въ первый разъ это было сдѣлано на третій день послѣ операціи; причемъ вынутый тампонъ былъ пропитанъ кровью. То же самое повторено на 7-й, 9-й и 12-й день, когда отдѣленія раны приняли запахъ, а раневая поверхность выполнилась хорошими грануляціями.

Съ 13-го дня терапія состояла только изъ рукавныхъ спринцеваній по два раза въ день.

Сидѣть больной позволено съ 6-го, а ходить начала съ 13-го дня послѣ операціи.

Больная выписалась на 36-й день (послѣ операціи) въ прекрасномъ состояніи здоровья.

Vagina представляла слѣпой мѣшокъ, на днѣ котораго былъ поперечный рубецъ около двухъ сант. длины. Своды пусты и нечувствительны.

VIII.

Л. П., 30 лѣтъ, мѣщанка, замужняя, прислуга. Первыя регулы на 16 году; черезъ 3 недѣли по 7 дней; правильны; неболѣзненны; необильны. 5 родовъ, всѣ правильны; послѣдніе 4 года тому назадъ. За послѣдніе 7 мѣсяцевъ страдаетъ постоянными кровотеченіями, болями въ поясницѣ, больше съ правой стороны и въ правомъ паху. Замѣчаетъ рѣзкое исхуданіе со времени болѣзни.

Крѣпкаго тѣлосложенія, средняго роста, умѣреннаго питанія.

Genitalia externa и mucosa vaginae нормальны.

Передняя и особенно задняя губа плотной, утолщенной влагалищной части значительно разрушены язвеннымъ, легко кровоточащимъ процессомъ, простирающимся глубоко въ цервикальный каналъ, который имѣетъ кратерообразную форму. Отдѣленія кровянисто-гнойныя, зловонныя.

Матка увеличена, плотна, чувствительна, съ ограниченной подвижностью. Длина полости ея равна 10 сант.

Въ правомъ сводѣ, близко около матки, опредѣляется отдѣльный, плотный, округлой формы, ограниченно смѣщаемый узелъ.

Діагнозъ—Cancer canalis cervicis.

Микроскопически констатированъ канкрозный характеръ новообразованія.

Операція 21/II 87 г. Ткань portionis рвется. Низведеніе неполное, чему мѣшаетъ резистентность праваго свода. По возможности глубокое, съ разсчетомъ на перевязку arteriae uterinae, провизорное обкалываніе обоихъ боковыхъ сводовъ. Обкалываніе и отдѣленіе задняго свода съ послѣдовательнымъ вскрытіемъ Дугласова пространства. Вскрытіе и отдѣленіе, съ перевязкой кровоточащихъ сосудовъ, клѣтчатки передняго свода. Вскрытіе и постепенное, до уровня внутренняго зѣва, отдѣленіе лѣваго свода,—причемъ ткань, прежде разсѣченія ея ножницами, была крѣпко затягиваема все выше и выше накладываемыми лигатурами. Точно такое-же, постепенное съ предварительнымъ обкалываніемъ ткани, вскрытіе и отдѣленіе праваго свода. Попытка перепрокинуть въ это время дно матки не увѣнчалась успѣхомъ, чему препятствовала, главнымъ образомъ, величина органа. Поэтому, отдѣленіе въ боковыхъ сводахъ продолжено еще вверхъ, послѣ чего, не безъ нѣкотораго насилія, удалось вывернуть дно матки черезъ задній сводъ помощью мюзеевскихъ щипцовъ.

Лѣвая широкая связка была перевязана 4-мя, правая 5-ю толстыми шолковыми лигатурами и обѣ отдѣлены близко около матки. Затѣмъ, докончивши отдѣленіе матки въ переднемъ сводѣ, она была извлечена. Въ это время показалось значительное кровотеченіе изъ клѣтчатки основанія правой широкой связки. Вытянувши культю ея за концы лигатуръ, былъ основательно обколотъ опредѣлявшійся здѣсь кругловатый узелъ, причемъ лигатуры съ наружной стороны его проходили, повидимому, въ здоровой ткани. Часть узла тотчасъ-же резицирована. Полное-же его вылущеніе было неудобно въ смыслѣ чрезмѣрнаго укороченія культи праваго параметрія. Слизистая оболочка передняго и задняго сводовъ влагалища соединена нѣсколькими швами, съ соотвѣтственной каждой изъ нихъ складкой брюшины; а въ брюшинно-рукавное отверстіе и влагалище заложенъ іодоформенно-марлевый тампонъ на подобіе песочныхъ часовъ. Операція про-

должалась 2 часа. Кровотеченіе въ общемъ было довольно значительное. Температура сейчасъ-же послѣ операціи 37,8. Пульсъ 104.



Рис. 6-й. v. p.—portio vaginalis. P. p.—paries posterior. O. i.—orif. internum. C'.—cancer. C.—макроскопическая граница распространенія рака. D.—дефекты ткани отъ мюзеевскихъ щипцовъ.

Вѣсъ спиртоваго препарата 213 грм. Длина его = 14; поперечникъ у дна = 9 сант. Макроскопически—раковое пораженіе тянется за внутренній зѣвъ.

Послѣопераціонный періодъ былъ очень благопріятенъ.

Температура и пульсъ за первые 10 дней послѣ операціи:

Дни	Утромъ. Температура.	Пульсъ.	Вечеромъ. Температура.	Пульсъ.
1	—	—	37,6	90
2	36,7	86	38	96
3	37,4	86	37,8	96
4	37,6	86	38,4	100
5	37,6	82	38,1	90
6	37,6	86	38,2	90
7	37,0	82	38,5	90
8	37,4	80	38,4	90
9	37,0	80	38	86
10	37,3	78	38	86

Послѣ этого температура ни разу, до самой выписки больной, не доходила до 38°, пульсъ тоже держался въ границахъ нормы.

Вліяніе операціи на общее состояніе больной было ясно только первые трое сутокъ, изъ которыхъ въ теченіи полутора первыхъ была 4 раза рвота; первые двое сутокъ оперированная жаловалась на боли въ поясницѣ и внизу живота. Мочиться начала только съ конца вторыхъ сутокъ. Сонъ, вполнѣ хорошій, имѣла съ третьей ночи послѣ операціи.

Первый стулъ, послѣдовавшій за пріемомъ слабительнаго, былъ въ началѣ шестыхъ сутокъ.

Мѣстная терапія состояла въ перемѣнѣ тампонады, показуемыхъ въ различныя фазы послѣопераціоннаго періода очищеніи раны и рукавныхъ спринцеваніяхъ.

Первый тампонъ, проходившій черезъ всю раневую поверхность, былъ удаленъ на третьи сутки. Онъ былъ пропитанъ кровянисто-серознымъ отдѣленіемъ, безъ всякаго запаха. Послѣ тщательнаго рукавнаго спринцеванія, было затампонировано только одно влагалище, при чемъ іодоформенно-марлевый тампонъ только доходилъ до брюшинно-рукавнаго отверстія. Замѣна такого тампона съ предварительной рукавной ирригаціей повторялась: на 6-я сутки, когда отдѣленіе стало гноевиднымъ и имѣло гнилостный запахъ, на 9-я сутки,

когда вмѣстѣ съ нѣсколькими лигатурами отошла бо́льшая часть мортифицированнаго узла клѣтчатки праваго свода, и на 12-я сутки, когда брюшинно-рукавная раневая поверхность представлялась сплошь покрытой хорошими грануляціями. Съ этого времени примѣнялись только утромъ и вечеромъ промыванія влагалища $2^1/_2$% карбол. кислоты. Не отпавшія еще лигатуры были удалены на 18-я и 25-я сутки; причемъ, въ первомъ случаѣ, вмѣстѣ съ лигатурами отпала остальная часть узла. Къ этому времени отверстіе въ брюшину было уже вполнѣ закрыто. Оперированной позволено было сидѣть съ 9-го и ходить съ 13-го дня. Всего послѣопераціонный періодъ продолжался 31 день.

Ко дню выписки силы оперированной вполнѣ возстановились. Она ни на что не жаловалась. Въ верхушкѣ слѣпаго мѣшка, какимъ представлялось влагалище, былъ хорошій, гранулировавшій еще, рубецъ, причемъ правая его половина казалась слегка болѣе плотной.

Дальнѣйшая судьба оперированной осталась неизвѣстна.

IX.

М. П., 35 лѣтъ, крестьянка, замужняя. Регулы съ 17 лѣтъ; черезъ 4 недѣли, по 6 дней. Замужество на 25 г.; рожала 4 раза; въ первый на 26-мъ, послѣдній—3 года тому назадъ.

Больной считаетъ себя послѣдніе 10 мѣсяцевъ. Жалуется на обильныя бѣли и сильныя боли внизу живота и въ спинѣ.

Средняго роста и тѣлосложенія, плохо упитана, анемична.

Genitalia externa нормальны.

Portio vaginalis плотна, увеличена, бугриста, изъязвлена, кровоточива, съ ломкой, легко отрывающейся тканью.

Зѣвъ и цервикальный каналъ пропускаютъ палецъ; стѣнки полости послѣдняго плотны, изрыты, кровоточивы.

Отдѣленія кровянисто-гнойныя, съ специфическимъ зловоннымъ запахомъ.

Матка кпереди, увеличена, тверда, чувствительна, подвижность ея, особенно кзади, ограничена, но внизъ можетъ быть низведена при посредствѣ мюзеевскихъ щипцовъ до самаго introitus.

Передній сводъ резистентенъ, ткани его плотноваты. Въ задней половинѣ лѣваго свода опредѣляется плотное, округлой формы, сидящее около самой шейки, утолщеніе ткани.

Діагнозъ—Cancer canalis cervicis; infiltratio cancrosa parametrii sinistri.

Микроскопическая картина срѣзовъ, полученныхъ при изслѣдованіи кусочковъ новообразованія, была ясно канкрозной.

Операція 7/III 87 г. Наркозъ. Обычная дезинфекція. Низведеніе матки удается. Наложены по двѣ на оба боковые своды и четыре провизорныхъ лигатуры на задній, съ котораго тотчасъ-же и начато отдѣленіе, совершенное пальцемъ послѣ обычнаго надрѣза въ мѣстѣ прикрѣпленія свода. Брюшина этого свода вскрыта тотчасъ-же, послѣ чего въ полость ея введена губка съ ниткой; при самомъ отдѣленіи свода наложено еще четыре лигатуры. Отсюда операція переносится на передній сводъ, гдѣ также наложено пять провизорно обкалывающихъ лигатуръ. Отдѣленію пальцемъ и ножницами боковыхъ сводовъ предпосылалось постепенно, все выше и выше захватывающее обкалываніе, потребовавшее по семи лигатуръ съ каждой стороны. Опрокидываніе матки безъ особыхъ затрудненій сдѣлано черезъ задній сводъ; причемъ выпалъ правый яичникъ. Открывшіеся верхніе участки широкихъ связокъ обѣихъ сторонъ перевязаны, каждая четырьмя лигатурами, послѣ чего матка совершенно отдѣлена; причемъ экстирпированъ и правый яичникъ съ абдоминальнымъ концомъ трубы. Остатокъ инфильтраціи клѣтчатки лѣваго свода основательно обколотъ. Листки брюшины соединены со слизистой рукава. Концы всѣхъ лигатуръ оставлены длинными. Раневая полость промыта $^1/_2{}^0/_0$ салициловымъ растворомъ и заложена тампономъ изъ іодоформенной марли съ ватными шариками.

Температура послѣ операціи 37,4. Пульсъ 104.

Въ началѣ четвертыхъ сутокъ послѣдовала смерть.

Дни.	Утромъ.		Вечеромъ.	
	Температура.	Пульсъ.	Температура.	Пульсъ.
1	—	—	37,3	106
2	37,1	106	37,7	117
3	36,7	108	37,4	80
4	37,2	80	—	—

Изъ клиническихъ явленій въ послѣоперационномъ періодѣ, выступавшихъ на первый планъ, были: непрерывная рвота и чрезвычайно малое количество получавшейся при катетеризаціи мочи, вмѣстѣ съ частыми позывами па мочеиспусканіе, причемъ изъ рукава стекала тоже въ небольшомъ количествѣ какая-то грязноватая жидкость. Отдѣленіе мочи было настолько мало, что зарождалось подозрѣніе о возможности захвата въ лигатуру одного изъ мочеточниковъ (болѣе можно было думать о лѣвомъ, такъ какъ съ этой стороны ткань обкалывалась далеко кнаружи); почему на вторыя сутки были сняты двѣ болѣе глубокія лигатуры. Вынутый тампонъ не указывалъ на гангренозное состояніе раны.

Рвота не поддавалась дѣйствію принимавшихся противъ нея мѣръ.

При такихъ явленіяхъ черезъ 80 часовъ послѣ операціи наступилъ летальный исходъ.

Протоколъ вскрытія.

Трупъ значительно исхудалый. Общіе покровы блѣдны. *Легкія* мѣстами прирощены къ грудной стѣнкѣ старыми перепонками; проходимы; верхнія доли сухи; малокровны; нижнія доли слегка отечны. *Сердце* нормальной величины. По бороздкамъ небольшое количество атрофированнаго жира; стѣнки желудковъ немного истончены, буроватаго цвѣта; плотны; въ полостяхъ темнокрасные свертки крови; клапаны безъ измѣненій: intima aortae немного сморщена. *Печень* мускатна, буроватаго цвѣта, малокровна; капсула сморщена; мѣстами покрыта фибринознымъ налетомъ. *Селезенка* нормальной величины, капсула сморщена; ткань малокровна. *Почки* слегка увеличены, дряблы, очень блѣдны; капсула мѣстами снимается съ трудомъ; изъ сосочковъ выжимается порядочное количество эмульсивной жидкости; въ корковомъ слоѣ *лѣвой* почки коллоидныя кисты съ конопляное зерно; лоханки и мочеточникъ слегка растянуты; въ почечныхъ чашечкахъ, преимущественно *съ правой* стороны, на слизистой оболочкѣ—гноевидная слизистая жидкость. *Брыжжеечныя железы* безъ измѣненія. *Позадибрюшинныя* железы слегка увеличены.

Средняя доля *щитовидной* железы увеличена до размѣровъ грецкаго орѣха; при разрѣзѣ ея представляются кисты, наполненныя свертками крови. Слизистая оболочка *желудка* блѣдна; въ тонкихъ

кишкахъ mucosa гиперемирована, съ капиллярными экстравазатами; солитарныя железы при этомъ увеличены до просяного зерна. *Толстыя кишки* блѣдны, слизистая оболочка мѣстами истончена.

Въ *полости таза* на peritoneum и кишкахъ желтоватый гноевидный эксудатъ. На мѣстѣ матки представляется отверстіе, закрытое іодоформеннымъ марлевымъ тампономъ, имѣющее въ окружности 13 сант., на краяхъ котораго замѣчаются шолковыя лигатуры, соединяющія слизистую оболочку vagin'ы съ peritoneum. Ткань, соединенная швами, припухши, мѣстами инфильтрирована сѣровато гноевидною жидкостью. Съ лѣвой стороны vagin'ы около швовъ на слизистой оболочкѣ язва въ 1 сант. длиною, дно которой образуетъ опухоль величиною въ крупный грецкій орѣхъ, вростающая въ толщу подлежащей клѣтчатки.

По передней стѣнкѣ влагалища на краю раны стѣнка vagin'ы и клѣтчатка около дна мочеваго пузыря уплотнены. Лѣвый яичникъ свободенъ, связки его къ маткѣ и сосѣдняя часть Фаллопіевой трубы перевязаны шолковой лигатурой. Отъ правой Фаллопіевой трубы и яичника замѣчается остатокъ длиною не болѣе 2 сант., перевязанный лигатурою. Мочевой пузырь сжатъ, содержитъ около 2-хъ чайныхъ ложекъ мутной жидкости; на днѣ пузыря замѣчается язва величиною около $^1/_2$ сант., съ тонкимъ фистулезнымъ ходомъ, ведущимъ по направленію къ ранѣ vagin'ы.

Расширенный лѣвый мочеточникъ на своемъ пути къ пузырю вблизи его окруженъ плотнымъ инфильтратомъ канкрозной ткани, простирающейся въ своемъ объемѣ до величины лѣснаго орѣха. Просвѣтъ мочеточника, соотвѣтствующій инфильтрату, значительно съуженъ. Правый мочеточникъ близь впаденія своего въ мочевой пузырь былъ также окруженъ канкрознымъ инфильтратомъ.

Вѣсъ препарата (спиртоваго) матки = 98; яичникъ 10 грм. Длина матки = 8,5 с.; поперечникъ у дна = 7,5. Раковое пораженіе тянется (макроскопически) высоко въ полость матки.

Причина смерти въ описанномъ случаѣ представляется не вполнѣ ясною. Хотя въ почкахъ и мочеточникахъ и констатированы при секціи значительныя патологическія измѣненія, въ формѣ hydronephrosis, но задержка мочи не была полною, а клиническая картина урэміи была далеко недостаточна. Констатированныя измѣненія мочеточниковъ суть результаты довольно давняго сдавленія послѣднихъ, а не

обусловлены операціей, послѣ которой больная умерла на 3-й день. Поэтому патолого-анатомомъ за casus mortis была признана хроническая септицемія, оставившая слѣды почти во всѣхъ паренхиматозныхъ органахъ.

Съ точки зрѣнія операціи, случай этотъ принадлежитъ къ разряду тѣхъ, гдѣ удаленіе всего новообразованія представляется невозможнымъ. Для такихъ случаевъ важно было-бы примѣненіе до операціи зондированія мочеточниковъ по способу Pawlik'а, чего не было сдѣлано.

X.

П. Д., 40 лѣтъ, прислуга, солдатка, замужняя. Регулы съ 17 лѣтъ, черезъ 3½ недѣли, по три дня. Замужество тоже на 17 году; имѣла двое родовъ: 1-е на 18, 2-е на 21 году. *Жалуется* на обильныя за послѣдніе 16 мѣсяцевъ регулы.

Больная высокаго роста, средняго тѣлосложенія, плохо упитана.

При гинекологическомъ изслѣдованіи выяснилось, что portio vagin. обращена кпереди, увеличена, плотна; на передней губѣ ея рѣзко ограниченная, легко кровоточащая, съ плотнымъ дномъ, язва, исходящая изъ полости цервикальнаго канала. Матка увеличена до трехъ мѣсяцевъ беременности, плотна, нечувствительна, подвижна. Длина полости ея=12 сант., зондъ, вводимый въ полость, принимаетъ направленіе влѣво и кзади. Своды и параметріи свободны.

Микроскопическое изслѣдованіе указало раковый характеръ язвы.

Діагнозъ—Cancer canalis cervicis. Fibromyoma uteri interstitiale.

17/х 87. Послѣ обычной дезинфекціи,—произведено разсѣченіе промежности. На оба боковые свода по двѣ обкалывающихъ лигатуры, и начато отдѣленіе сперва передняго, а потомъ задняго сводовъ, которые были вскрыты вплоть до брюшины. Послѣ этого передній и задній разрѣзъ соединены разрѣзомъ боковыхъ сводовъ, а послѣдніе отдѣлены на *возможную* глубину.

Послѣ этого въ передній и задній вскрытые своды вводится по маленькой губкѣ, а въ рукавъ кольпейринтеръ, который наполняется 3% карболовой кислотой.

Вслѣдъ за этимъ немедленно приступаютъ къ ляпаротоміи; для чего больная перекладывается въ обычное для этой операціи поло-

женіе. Дезинфекція наружныхъ покрововъ; разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до симфизы.

Брюшина вскрывается между двумя пинцетами. Кишки изъ полости таза отодвинуты въ верхній отдѣлъ брюшинной полости и удерживаются тамъ помощью губокъ.

Черезъ дно матки проводится толстая лигатура для фиксаціи органа и при потягиваніи за нее оказалось, что матка можетъ быть приподнята только въ самой незначительной степени, вслѣдствіе короткости широкихъ связокъ. Вслѣдствіе этого перевязывать и отдѣлять широкія связки приходилось въ самой глубинѣ таза. Прежде всего были разсѣчены передняя и задняя складки Дугласовыхъ мѣшковъ. Потомъ начата двойная перевязка существа широкихъ связокъ сперва съ правой, потомъ съ лѣвой стороны и разрѣзъ ихъ между рядами провизорныхъ лигатуръ. Яичники и концы Фаллопіевыхъ трубъ остались кнаружи отъ лигатуръ, но такъ какъ правая труба была расширена и спаяна съ яичникомъ и окружающими частями посредствомъ ложныхъ склеекъ, то послѣ предварительной перевязки, она удаляется вмѣстѣ съ яичникомъ. Всѣ лигатуры коротко обрѣзаны, губки удалены, кровотеченія нѣтъ. Наружный разрѣзъ зашитъ 11 швами. Длина разрѣза 19 сант. Обычная повязка на животъ. Вся эта (ляпаротомія) часть операціи удаленія матки продолжалась 37 минутъ.

Послѣ приведенія больной снова въ крестцовое положеніе, кольпейринтеръ и обѣ губки удалены. Рана промыта, осыпана іодоформомъ и въ полость ея введенъ іодоформенно-марлевой тампонъ въ видѣ песочныхъ часовъ. Perineorhaphia.

	Утромъ.			Вечеромъ.		
Числа.	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.
18	—	—	--	36,8	70	24
19	37,3	84	25	38,1	84	24
20	37,1	80	24	37,4	72	26
21	37	72	28	37	84	24
22	36,8	96	24	37,3	96	24
23	37,2	87	20			

Въ общемъ послѣопераціонный періодъ былъ совершенно гладокъ. На 4-й, 9-й, 12-й и 15-й день былъ перемѣненъ тампонъ.

Швы брюшнаго разрѣза сняты на 9-й день. Prima intentio.

На 16-й день оставила постель и на 27-й выписана изъ клиники въ прекрасномъ общемъ состояніи.

До сихъ поръ (мартъ 1888 г.) безъ рецидива.

Примѣч. Извлеченная матка (свѣжій препаратъ) въ длину 15,5 сант., поперечный размѣръ у дна=11 сант.; вѣсъ равенъ 470 грм. Въ правой и отчасти передней стѣнкѣ матки интерстиціальная, но рѣзко впячивающаяся въ полость и оттѣсняющая ее влѣво, фиброміома, величиною съ яблоко. Въ днѣ также есть фиброміома величиною не больше грецкаго орѣха; на наружной задней стѣнкѣ тѣла матки разбросаны три субсерозныхъ, величиною съ вишню, фиброміомы. Раковое изъязвленіе занимаетъ главнымъ образомъ переднюю губу и наружный зѣвъ, слегка заходя въ полость цервикальнаго канала.

XI.

П. В., 36 лѣтъ, крестьянка, замужняя. Регулы съ 18 лѣтъ, типъ ихъ черезъ 4 недѣли, 3 дня. Замужество на 19 году; имѣла 5 родовъ, изъ которыхъ первые были черезъ годъ послѣ выхода замужъ, а послѣдніе—1 годъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ.

Жалуется на боли и постоянныя кровотеченія за послѣдніе 10 мѣсяцевъ.

Больная—средняго роста, плохого питанія.

При гинекологическомъ изслѣдованіи констатировано: разрывъ промежности первой степени, узкій рукавъ. Влагалищная часть неправильной формы, утолщена; задняя губа ея изъязвлена, при чемъ язва тянется высоко въ цервикальный каналъ, который пропускаетъ палецъ. Задній сводъ отсепарованъ, и клѣтчатка его около самой шейки матки плотно инфильтрирована, причемъ инфильтрація переходитъ отчасти и на боковые своды. Матка увеличена, плотна, подвижна, длина полости ея = 7½ сант.

Діагнозъ—cancer colli. Infiltratio cancrosa fornicis posterioris et parametrii lateralis.

За время наблюденія до операціи (6 дней) больная лихорадитъ, причемъ по вечерамъ температура заходитъ свыше 38,5 С.

30/x 87 г. Perineotomia. Захватываніе за оставшуюся переднюю губу непрочно и недостаточно для низведенія матки; поэтому, быстро

расширивъ цервикальный каналъ Хегаровскими дилятаторами до прохожденія № 11, въ полость матки введенъ инструментъ съ расходящимися крючками, которые, при разведеніи вѣтвей, впиваются въ стѣнки матки и прочно фиксируютъ ее.

Послѣ достаточнаго низведенія, на всѣ своды наложено по двѣ провизорныхъ лигатуры и отдѣленіе, начатое съ передняго свода, переведено на оба боковые, которые были вскрыты на высоту 1—1$^1/_2$ сантиметра каждый. Послѣ этого, оттянувши влагалищную часть кпереди, произведено полное отдѣленіе задняго свода и затѣмъ, удаливши инструментъ изъ полости матки, совершено опрокидываніе ея черезъ задній сводъ, что не представило никакихъ трудностей. Отдѣленіе правой, потомъ лѣвой широкихъ связокъ произведено послѣ предварительнаго наложенія шелковыхъ лигатуръ, по пяти съ каждой стороны. Послѣ извлеченія совершенно отдѣленной матки, произведено обкалываніе канкрозно-инфильтрированной клѣтчатки задняго свода, для чего лигатуры изъ влагалища, проходя на 1 сант. отъ периферіи канкрозной ткани, выкалываются въ полость брюшины и оттуда снова ихъ выводятъ, обходя на такомъ-же разстояніи инфильтрированную клѣтчатку въ рукавъ, гдѣ онѣ плотно затягиваются. Такихъ лигатуръ, заходящихъ своими петлями одна въ другую, на подобіе колецъ цѣпи, положено четыре, и ими совершенно изолирована инфильтрированная ткань отъ здоровой. Затѣмъ, вскорѣ за очищеніемъ раны салициловымъ растворомъ, поверхность ея посыпается іодоформомъ, и въ раневую воронку вводится іодоформенно-марлевый тампонъ, заходящій сантим. на два въ полость брюшины.

За первые трое сутокъ температура не выше 37,7; пульсъ разъ только былъ 86 и дыханій не больше 24. Въ общемъ, самочувствіе очень хорошо, сонъ прерывистый, но достаточный.

Сутки.	Утромъ.			Вечеромъ.		
	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.
4	37,6	78	20	38,3	86	23
5	37,4	72	24	38,1	78	28
6	37,4	75	20	38,3	82	26
7	37,5	72	20	38	80	24
8	37,3	72	20	37,9	75	24

Съ 9-хъ сутокъ снова совершенно безлихорадочно до 16-хъ и

21-хъ сутокъ, когда температура слегка по вечерамъ поднялась, что мы думаемъ объяснить предшествовавшими за три дня въ томъ и другомъ случаѣ прижиганіями канкрозной ткани аппаратомъ Пакелена.

На 3, 6 и 9-я сутки тампонъ замѣнялся новымъ.

Ожидаемое къ этому времени отпаденіе долженствовавшей мортифицироваться канкрозной ткани не происходило, почему на 12-й день сдѣлано выжиганіе ея аппаратомъ Пакелена; на 15-й день, послѣ отпаденія поверхностнаго обугленнаго слоя, приложенъ растворъ брома (1—30).

Послѣ отпаденія струпа ясно было, что прижиганіемъ не удалось выжечь все злокачественное и на 65-й день прижиганіе пакеленомъ и бромомъ на 68-й повторено.

На 84-я сутки послѣ операціи больная выписана изъ клиники. Общее состояніе ея улучшилось, но въ сводахъ осталась инфильтрація.

Примѣчаніе. Вѣсъ препарата матки = 130 грм. Длина его = 11, поперечникъ у дна = 6,5 сант. Слизистая оболочка цервикальнаго канала свободна отъ раковаго пораженія почти до наружнаго зѣва; а задняя *наружная* стѣнка шейки инфильтрирована вплоть до уровня внутренняго зѣва, и инфильтраціей захвачена часть парацервикальной клѣтчатки.

XII.

А. К., 41 года, крестьянка, вдова, регулы носитъ съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 5—6 дней, замужемъ съ 17 л. Имѣла 6 родовъ, изъ которыхъ первые на 18-мъ, послѣдніе на 36-мъ году.

Жалуется на бѣли съ примѣсью крови и на обильныя за послѣднее время регулы. Больной считаетъ себя около 2-хъ лѣтъ. Около 6 мѣсяцевъ бѣли приняли зловонный запахъ.

Средняго роста, удовлетворительнаго питанія. При изслѣдованіи — portio vagin. неправильной формы, увеличена, плотна, зѣвъ проходимъ; цервикальный каналъ представляетъ собою неправильную кратерообразную, наполненную зловонными отдѣленіями, легко кровоточащую полость. Матка увеличена, плотна, нечувствительна, вполнѣ подвижна. Своды и параметріи вполнѣ свободны.

Діагнозъ—Cancer canalis cervicis.

9/XII 87 г. Portio vaginalis захвачена мюзеевскими щипцами и

низведена. Ткань ея въ щипцахъ ломается. На боковые своды наложено по двѣ провизорныхъ лигатуры. Вскрытъ и отдѣленъ пальцемъ передній сводъ вплоть до plica vesico uterina; кровотеченіе остановлено и вслѣдъ затѣмъ произведено полное отдѣленіе задняго свода послѣ предварительнаго обкалыванія его.

Отдѣливши сант. на два клѣтчатку боковыхъ сводовъ, посредствомъ мюзеевскихъ щипцовъ, накладываемыхъ все выше и выше,— совершено опрокидываніе матки кзади, что удалось безъ всякихъ затрудненій. Вслѣдъ за этимъ начата перевязка и отдѣленіе верхняго отдѣла широкихъ связокъ; причемъ съ каждой стороны потребовалось по 4 прочныхъ лигатуры. И послѣ того какъ широкія связки были вполнѣ разсѣчены, была перерѣзана и plica vesicouterina, остававшаяся до этого момента нетронутой во избѣжаніе инфецированія полости брюшины распадающимся раковымъ отдѣленіемъ. Складки брюшины спереди и сзади соединены съ соотвѣтственной каждой изъ нихъ слизистой рукава, и послѣ тщательнаго очищенія поверхности раны въ полость ея введенъ іодоформенно-марлевый тампонъ.—Операція 1 часъ 20 мин.

Числа.	Утромъ.			Вечеромъ.		
	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.	Темпер.	Пульсъ.	Дыханіе.
9	—	—	—	40,1	100	25
10	38,5	90	20	39,6	95	24
11	38,1	93	20	39,6	108	28
12	38,7	100	24	39	100	24
13	38,3	80	18	39,2	100	24
14	38,3	82	18	38,3	90	20
15	37,8	80	18	38,1	84	20

Жалобы на жаръ и боль внизу живота. Сонъ плохой, прерывистый. Въ виду такого рѣзкаго повышенія температуры, тампонъ былъ смѣненъ въ началѣ вторыхъ сутокъ; на немъ маленькіе свертки крови безъ всякаго запаха. На вторые сутки перемѣны въ общемъ состояніи не было, а съ 3-хъ можно было уже констатировать перкуссіей и пальпаціей, что имѣемъ дѣло съ параметритомъ. Боли постепенно уменьшались и ко времени паденія температуры онѣ исчезли

почти совсѣмъ и въ это же время появился аппетитъ и удовлетворительный сонъ.

Съ 8 сутокъ температура, пульсъ и дыханіе держались границы нормальныхъ колебаній.

Смѣна тампоновъ производилась со вторыхъ сутокъ черезъ каждые три дня до 20-го числа (12 сутокъ), когда рана вполнѣ зарубцевалась. На 14-й день послѣ операціи больной позволено ходить.

На 33-й день послѣ операціи больная выписана изъ клиники въ прекрасномъ общемъ состояніи. Никакихъ оплотненій въ сводахъ; рубецъ совершенно гладокъ.

До сихъ поръ (мартъ 1888 г.) безъ рецидива.

Примѣч. Препаратъ матки вѣсомъ въ 114 грм., длина его 11; поперечникъ у дна 7 сант. Вся полость цервикальнаго канала изъязвлена, изъязвленіе простирается далеко за внутренній зѣвъ. На задней стѣнкѣ у дна—обрывки ложныхъ перепонокъ.

XIII.

Случай влагалищной экстирпаціи матки по поводу рака, оперированной нами въ Маріинской больницѣ.

П. И., 38 лѣтъ, дѣвица, прачка. Первыя регулы съ 18 лѣтъ, типъ ихъ черезъ три недѣли по 4—5 дней; необильны. Имѣла двое родовъ; первые на 22, послѣдніе на 33 году. Средняго роста, съ хорошо развитой костной системой, удовлетворительнаго питанія.

Жалуется на обильныя за послѣдніе три мѣсяца бѣли съ примѣсью крови. Регулы потеряли типъ и стали приходить чаще.

Portio vagin. — не рѣзко утолщена, неправильной цилиндрической формы, плотна, зѣвъ изрытъ, представляетъ кратерообразную, легкокровоточащую, съ плотнымъ дномъ язву, тянущуюся въ цервикальный каналъ. Длина полости матки 9$^1/_2$ сант., вся матка равномѣрно плотна, нечувствительна, обращена назадъ и влѣво, но редрессація ея кпереди возможна. Низведеніе при помощи мюзеевскихъ щипцовъ удается вплоть до introitus, но при этомъ напрягается лѣвая lig. sacrouterinum, которая, кромѣ того, слегка, равномѣрно по всему протяженію утолщена и эластична. Передній и оба боковыхъ

свода свободны; а задній кажется напряженнымъ немного болѣе другихъ.

Діагнозъ—cancer canalis cervicis.

23/vi 87. Полный наркозъ. Тщательная дезинфекція наружныхъ половыхъ частей, рукава и влагалищной части. Низведеніе. Отступя на 2 сант. отъ мѣста прикрѣпленія задняго свода, онъ вскрытъ, послѣ предварительнаго обкалыванія его 4-мя крѣпкими лигатурами. Отдѣленіе произведено пальцемъ, имъ же разорвана брюшина, а введенными указательнымъ и среднимъ (пальцами) отверстіе значительно расширено. Листокъ брюшины захваченъ въ лигатуру. Вслѣдъ за этимъ начато было обкалываніе и отдѣленіе лѣваго боковаго свода и въ то время, какъ мы поднялись здѣсь сант. на два въ глубину, показалось очень сильное кровотеченіе, остановить которое удалось не сразу. Крѣпко затянувши кровоточившій сосудъ въ обкалывающую лигатуру, отдѣленіе лѣваго свода было продолжено еще приблизительно на 1—1½ сант. и вслѣдъ затѣмъ повторено также обкалываніе и отдѣленіе сант. на три въ глубину въ боковомъ сводѣ правой стороны. Здѣсь оно совершено безъ всякихъ осложненій. Въ общемъ про актъ разсѣченія этихъ трехъ сводовъ нужно сказать, что технически оно было очень трудно, отчасти вслѣдствіе узости и длины рукава, отчасти же вслѣдствіе недостаточнаго низведенія; въ силу этихъ комбинацій приходилось оперировать въ значительной глубинѣ.

Послѣ достаточнаго, казалось, вскрытія обоихъ боковыхъ сводовъ и полнаго разъединенія задняго, былъ вскрытъ и отдѣленъ пальцемъ вплоть до брюшины передній сводъ. Вслѣдъ за этимъ мы приступили къ опрокидыванію матки черезъ задній сводъ. Но не смотря на цѣлый рядъ попытокъ, направленныхъ съ этой цѣлью, этотъ маневръ, занявшій очень много времени, не удался. Поэтому было окончено отдѣленіе передняго свода вскрытіемъ брюшины и въ нѣсколько пріемовъ, отчасти форсируя, дно матки захвачено обыкновеннымъ хирургическимъ крючкомъ и выведено кпереди. Послѣ этого начата была перевязка и отдѣленіе широкихъ связокъ въ верхнемъ ихъ отдѣлѣ, что было выполнено сначала съ лѣвой, а потомъ съ правой стороны. Все операціонное поле обмыто, высушено и раневая воронка, а также и рукавъ, выполнены іодоформенно-марлевымъ тампономъ. Продолжительность операціи отъ начала хло-

роформированія и кончая тампонадой = 3 часа. Кровотеченіе было только при разсѣченіи лѣваго свода, но значительное, въ остальномъ операція могла бы быть названа безкровной. Оперированная уложена въ теплую постель съ приподнятыми конечностями. Сейчасъ же послѣ операціи пульсъ 140. Ледъ на низъ живота. Грѣлки къ ногамъ. Вино.

Вечеромъ пульсъ 100—110, полнѣе. Температура 37,1. Жажда. 24/VI за ночь три раза вырвало, спала короткими промежутками. Утромъ температура 39,3, пульсъ 120. Жалуется на общую слабость. Положена на ровной плоскости.

Къ 7 час. вечера температура 38,7, пульсъ 120. Болей нѣтъ. Рвота. Въ $9^1/_2$ часовъ сталъ исчезать пульсъ сначала въ лучевой, потомъ въ артеріяхъ большаго калибра. Въ 12 часовъ 20 минутъ ночи (черезъ 32 ч. 20 м. послѣ операціи) смерть.

Извлеченная матка въ длину 12 сантиметровъ, поперечникъ у дна $6^1/_2$ сантиметровъ. Макроскопически раковое пораженіе на сантиметръ не доходитъ до внутренняго зѣва. На задней стѣнкѣ матки у самаго дна ея *обрывки ложныхъ склеекъ*, изъ которыхъ одна значительно толще и плотнѣе другихъ.

Протоколъ вскрытія.

Вѣса трупа 3 пуда 1 фунтъ. Правое *легкое* мѣстами приращено, ткань его проходима для воздуха. Лѣвое легкое покрыто старыми перепонками, въ нижней долѣ небольшой гипостазъ. *Сердце* немного увеличено, отложеніе жира значительно, мышца плотная, темно-бурая. Эндокардіумъ лѣваго желудочка утолщено, сѣраго цвѣта. Въ лѣвое венозное отверстіе входитъ два пальца. *Печень* уменьшена немного, малокровна, блѣдна въ разрѣзѣ; дольки не различаются, глинистаго цвѣта. Въ *желчномъ пузырѣ* зеленая жидкость. Длина *селезенки* 16, ширина 8, толщина 3 сантиметра, капсула утолщена, паренхима блѣдна, трабекулы сильно развиты, пульпа не соскабливается. *Почки:* длина лѣвой 10,5; правой—10 сантиметровъ; капсула легко снимается, цвѣтъ сѣровато-красный, съ сильнымъ развитіемъ древовидно-развѣтвленныхъ сосудовъ; корка немного утолщена, сѣроватаго цвѣта; columnæ сильно развиты, изъ сосоч-

ковъ выдѣляется эмульсивная жидкость. *Сальникъ* гиперемированъ, нижній конецъ его соприкасается съ тампонами, вдающимися въ полость брюшины. *Кишки* вздуты, слизистая ихъ нормальна. *S romanum* сращено съ нижнимъ отрѣзкомъ сальника, брюшинная поверхность его инъецирована и покрыта небольшимъ фибринозно-гнойнымъ налетомъ. *Мочевой пузырь* наполненъ мочей, въ области trig. Leutodii экстравазатъ величиною въ трехъ-копѣечную монету, на этомъ мѣстѣ стѣнка тонка, сѣроватаго цвѣта. Слизистая остальной поверхности нормальна, мочеточники свободны, проходимы. *Rectum* нормальна. *Культя* сводовъ и широкихъ связокъ сѣровато-грязнаго цвѣта. Нигдѣ въ культяхъ уплотненій нѣтъ.

Peritonitis partialis, nephritis et hepatitis parenchymatosæ, plevritis adhaesiva duplex, endocarditis chronica. Septicæmia.

VI.

Казуистика операціи полнаго удаленія матки по поводу рака, собранная въ литературѣ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣоперaціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Czerny. Wien. med. Wochenschr. 1879, № 45—49.		
1. Больная 33 л. На port. vag. раковая язва, величиною въ 2 талера, легко кровоточитъ, бугриста, переходитъ на передній сводъ. Матка подвижна; полость ея = 8,5 с.	При отдѣленіи спереди, разорвалась стѣнка пузыря. Опрокидываніе кпереди. Ligg. lata перевязаны въ три пучка. Удаленъ выпавшій яичникъ. Незахваченные предварительно, края брюшины отошли; отыскать ихъ не удалось. Тампонада салициловой ватой. Опер. прод. 2 часа.	На второй вечеръ знобъ; на третій дважды. На 4, 7, 8, 9 и 22 дни т-ра до 40, на 11 д. 41,2. Пульсъ выше 100. Гнойный periostitis ниж. челюсти. Тампонъ удаленъ на 2-й день. Салициловыя и тимолоныя спринцеванья. Катетеръ à demeur; удаленъ на 8-й д. Съ 15 дня моча пошла per vaginam. Выписалась здоровой черезъ 7 нед. 5 мѣс. рецидива нѣтъ.
2. Б. 46 л. 2 родовъ; послѣдніе 7 л. т. н.; около $2^1/_2$ м. неправильн. кровотечен. и боли въ поясницѣ и бедрахъ. Анемична. Паховыя железы увеличены. Port. vag увеличена. Зѣвъ изрытъ; проходимъ для пальца. Стѣнки церв. канала изъязвлены. Изъязвленіе переходитъ на своды. Ligg. sacrouterin. сильно натянуты. Тѣло матки слегка увеличено.	Трудно низводится. Art. uterina перевязана отдѣльно. Удаленъ правый яичникъ. Кровотеченіе дов. значительное. Въ полость брюшины два дренажа.	Сильный коллапсъ. Высокая т-ра; рвота. Зловонныя истеченія. Смерть на 4-й день отъ септическаго перитонита.
3. Б. 44 л., 5 родовъ; послѣдніе 4 г. т. н. Около $^1/_2$ года неправильныя, обильныя кровотеченія. 4 мѣсяца боли въ крестцѣ. Паховыя железы не увеличены, но тверды. Port. vag. стоитъ низко; увеличена; края зѣва бугристы, плотны, уплотненіе переходитъ на сводъ. Слѣва разрывъ шейки; изъязвленъ. Длина полости матки $8^1/_4$ с.	На ligg. lata по три лигатуры. Art. uterinae перевязаны отдѣльно. Культи связокъ низведены. Края брюшины б. настолько приближены другъ къ другу, что едва осталось мѣсто для дренажа. Въ рукавъ ватный салицил. тампонъ.	Ежедневно 2–3 раза промыванія черезъ дренажъ. Первый стулъ на 8 д. Дренажъ удаленъ на 14-й день. Послѣдніе швы вышли черезъ 26 дней. За все время безлихорадочное теченіе. Выписалась на 36-й день здоровой. Черезъ 4 м-ца цвѣтуща, боли нѣтъ. Железы не увеличены. Смерть черезъ $1^1/_2$ года; причина неизвѣстна.
4. Б. 36 л., 10 родовъ. 6 м. т. н. боли внизу живота. $2^1/_2$ м. т. н. начались обильныя кровотеченія. Очень анемична. Папиллярная, ломкая карцинома portionis, выполняющая весь сводъ, но не переходящая на самый рукавъ.	Опер. безъ осложненія. Art. uterinae перевязаны отдѣльно. Отверстіе раны сшито въ срединѣ тремя швами; по угламъ отверстія выведены лигатуры отъ широкихъ связокъ и удаленныхъ яичниковъ. Туда же введены дренажи средней величины.	Рукавъ промывали каждые 2 часа. Лихорадитъ; т-ра до 38,5. П. болѣе 100. Дренажъ удаленъ черезъ 8 дней. Встала черезъ 1 и выписалась черезъ 2 м-ца. Общее состояніе весьма удовлетворительное. Черезъ $5^1/_2$ мѣс. общее состояніе цвѣтущее. Влагалище въ видѣ слѣпого мѣшка съ подвижными стѣнками. Въ

		уплотненіе въ брыж.
5. Б. 61 г., 7 родовъ; послѣдніе 22 г. т. н. Clymax 15 л. $2^1/_2$ г. неправильныя періодическія кровотеченія, къ которымъ черезъ $1/_2$ г. присоединились зловонныя бѣли Сильныя боли въ поясницѣ. Анемична. Вмѣсто задней губы portionis — мягкая, легко кровоточащая язва, съ разорванными краями. Зѣвъ—проходимъ. Своды—свободны; параметріи напряжены, но не инфильтрированы. Матка увеличена.	Операція трудна, вслѣдствіе значительной узкости arcus pubis. При выведеніи тѣла черезъ зад. сводъ, изъ полости матки излился вонючій ихоръ, часть котораго попала въ брюшную полость. Операціонное поле настолько стѣснено тѣломъ матки, что пришлось послѣ многократныхъ обкалываній ампутировать его. Боковыя связки перевязаны то по частямъ, то en masse. Введено три дренажа. Въ рукавъ салицилов. ватный тампонъ. Опер. 3 часа; „была очень кровава".	Послѣ операціи т-ра 36,2; п.—104. Сильная рвота. Боли и вздутіе живота. Смерть на 4-й день отъ септическаго перитонита.
6. Б. 47 л., 11 родовъ; всѣ трудны; при 8-хъ поворотъ. 2 недѣли неправильныя, обильныя кровотеченія. Анемична. Питаніе подорвано. Рукавъ широкъ. Port. vag. значительно увеличена; очень тверда; стоитъ низко. Задняя губа ея утолщева; передняя раздвоена; наружная поверхность ея гладка; внутренняя изъязвлена; легко кровоточитъ. Тѣло матки въ retroversio.	Удаленіе матки легко. Перевязки сосудовъ отдѣльно. Послѣ выведенія матки—сильное кровотеченіе; валожено еще до 20 лигатуръ; общее число которыхъ до 60. Края брюшины сшиты. По угламъ—2 дренажа; третій толстый въ рукавъ, который еще затампонировавъ. Опер. 2 часа.	Сильный коллапсъ Возбуждающія; аутотрансфузія. Черезъ каждые 3 часа рукавныя промыванія. Первый стулъ на 5-й день; съ 16 дня три спринцеванья въ сутки. Выписалась черезъ мѣсяцъ. Рубецъ—подвиженъ; справа нѣсколько плотнѣе. Черезъ 9 мѣс. въ сводѣ рецидивъ. Въ лѣвой груди раковый узелъ въ кулакъ.
7. Б. 29 л., 5 родовъ; послѣдн. 13 м. т. н. Около 7 м. регулы стали обильны, съ болями въ крестцѣ. Анемична. Худа. Рукавъ объемистъ. Port. vag — особенно слѣва — сильно утолщена, изъязвлева, легко кровоточитъ. Язва переходитъ на лѣвый сводъ. Цервикальный каналъ проходимъ для пальца. Матка впередъ и вправо; подвижна.	Опрокидываніе кзади. На ligg. rotunda и трубы двойная лигатура. Часть широк. связокъ съ art. uterina захвачены проволочн. экразеромъ и сильно стянуты. Порвавшаяся справа проволока замѣнена эластическ. лигатурой. Для большей безопасности на затянутую ткань двойная шелковая лигатура. Отдѣленіе матки безкровно. Проволочная и эластич. лигатуры выведены въ рукавъ; проволоки продѣты въ резиновыя трубки. Присыпка іодоформомъ. Рукавъ и рана заложены іодоформ. марлей.	Теченіе прекрасное: ни лихорадки, ни болей. На 13-й день выдѣленія стали зловонны. Удалена марля, и рукавъ стали промывать 2 раза въ день. На 17 и 19 дни удалены проволоч. и эластическая лигатуры. На 32 д. встала, на 50 д. выписалась—здоровой. Черезъ 6 мѣс. цвѣтущій видъ.
Czerny. Berl. klin. Wochenschr. 1882. № 46.		
8. Б. 43 л. Съ 21 г. замужемъ, 7 родовъ; послѣдн. 10 л. т. н. 5 л. появляются неправильныя кровотеченія. $1^1/_2$ м-ца сильныя боли въ поясницѣ. Port. vag. стоитъ низко; сильно	Пришлось оч. высоко отпрепаровывать матку въ переднемъ сводѣ. Правый мочеточникъ «выпрепарованъ» изъ раковыхъ массъ. Art. uterinae перевязаны отдѣльно. Удаленъ правый	Смерть черезъ 40 час. послѣ операціи. Около верхушки пузыря отверстіе съ вишню. Причина смерти—септическій перитонитъ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
увеличена; бугриста; изрыта, плотно инфильтрирована; инфильтрація тянется на правый и передній своды и правый параметрій. Тѣло матки стоитъ между пупкомъ и симфизой. Оно слегка низводится.	яичникъ. Въ рукавъ-тампонъ изъ салициловой ваты. Опер. 3 часа.	
Mikulicz. Wiener medicin. Wochenschr. 1880. №№ 47, 48, 52. 1881. №№ 1, 2, 4, 6, 9.		
9. Б. 55 л., 5 родовъ; 1 абортъ. Clymax. 5 л. 6 м. т. н. вмѣстѣ съ обильными бѣлями появились боли внизу живота. За послѣднія недѣли кровянисто-слизистыя истеченія изъ рукава. Port. vagin. увеличена раза въ 4 противъ нормы; тверда. На orif. exter. легко кровоточащая язва, которая переходитъ въ цервикальный каналъ.	Операція типично по *Billroth*'у. Удаленъ правый яичникъ. Въ незашивавшееся отверстіе Т-образный дренажъ; другой простой во влагалище, гдѣ удерживался карболовой марлей. Операція продолж. 1 часъ.	Фибринозно-гнойный перитонитъ. Смерть на 7-й день. «Вокругъ обоихъ дренажей лежатъ петли ilei, спаянныя плотными фибринными массами. Верхнее отверстіе поперечной трубки дренажа закрыто спустившимся сальникомъ. Въ боковыя отверстія запали, величиной съ чечевицу, части сальника и прикрѣплены эксудатомъ».
10. Б. 29 л., 2 родовъ; послѣднія 2 г. т. в. $^1/_2$ г. т. н. увеличеніе живота; послѣдніе 2 м. кровянистослизистое истеченіе. Port. vag. втрое увеличена; тверда; изъязвлена. Матка подвижна. Cystoma ovarii. Оваріотомія. Черезъ 26 дней супровагинальная ампутація portionis. Черезъ $2^1/_2$ м-ца рецидивъ. Соотвѣтственно лѣвой части культи шейки язва съ крейцеръ; края ея плотны, инфильтрированы.	Низведеніе трудно за отсутствіемъ фиксаціонной точки. Ходъ операціи типичный по *Billroth*'у. Дренажъ въ палецъ введенъ въ брюшинное отверстіе; два такой-же толщины во влагалище вплоть до раневой поверхности.	Полусидячее положеніе для б. удобнаго стока отдѣленій. Черезъ каждые 3 час. промываніе рукавныхъ дренажей. Черезъ 8 дн. отдѣлены лигатуры; тутъ-же удаленъ брюшинный дренажъ. Т-ра за все время 37—38,3. П. 80—100. Встала черезъ 3 нед. Черезъ 1 м. выписана. Рецидивъ черезъ 3 мѣс.
11. Б. 36 л. Nullipara. Въ январѣ 80 г. Rokitansky ампутировалъ шейку; вскорѣ появился рецидивъ. На мѣстѣ культи шейки находится раковая язва съ плотными краями.	Операція б. нѣсколько затруднена узостью влагалища.	Въ 1-й день т-ра 39; п.—120. Лихорадка постепенно спадала, но на 14 д. снова лихорадочный приступъ. Гнойный параметритъ, вскрытый черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи. Медленное выздоровленіе. Черезъ 3 мѣс. послѣ экстирпаціи констатированъ рецидивъ.

[illegible] легко кровоточащая карцинома portionis, не переходящая на рукавъ. Матка подвижна.	[illegible] для трехъ дренажей.	[illegible]сваго перитонита.
13. Б. 37 л. Регулы съ 14 л. Одни роды; 1 абортъ. Больше года обильныя меноррагіи; около 4 м. боли въ крестцѣ. Port. vag. занята разросшимся, изъязвленнымъ, изрытымъ раковымъ новообразованіемъ, переходящимъ сзади и слѣва на стѣнку рукава. Матка подвижна.	При операціи констатировано распространеніе пораженія на параметріи и брюшину. Двойной дренажъ съ поперечиной въ брюшину; такой-же другой до раневой поверхности.	Съ приподнятымъ туловищемъ постоянное орошеніе тимоломъ съ высоты 50 сант. до 5 дня. На 6 д. лихорадитъ. На 9 д. удаленъ брюшинный дренажъ. Съ 15—20 отдѣлились лигатуры. Черезъ мѣс. констатированъ рецидивъ въ ранѣ.
14. Б. 42 л. Регулы съ 14 л., 3 родовъ; послѣдніе 6 л. т. н. Около года бѣли; около 3-хъ м. неправильныя, но необильныя кровотеченія. Слегка изъязвленный раковый узелъ, немного больше грецкаго орѣха; сидитъ по преимуществу въ передней губѣ. Новообразованіе тянется по церв. каналу кверху. Стѣнки рукава свободны.	Лѣвый яичникъ удаленъ. Наложено 14 двойныхъ лигатуръ; онѣ выведены наружу. Два двойныхъ дренажа.	Промываніе раствор. тимола. Къ вечеру t° 39,7 п.—100. Черезъ 34 часа смерть отъ септич. перитонита. «Мочевой пузырь закрывалъ какъ рану, такъ и дренажи».
15. Б. 40 л., 1 роды; 3 аборта. Послѣднихъ 3 м-ца сильныя кровотеченія, останавливаемыя только тампонадой. Анемичча. Obesitas. Узкій рукавъ. Port. vag. занята мягкимъ, распавшимся ракомъ, переходящимъ сзади на слизистую рукава. Матка подвижна. Лихорадитъ.	Выскабливаніе. Черезъ 3 дня полное удаленіе. Оказалось, что матка фиксирована справа и сзади. Края брюшины стянуты. Операція 1 ч. 15 м.	Постоянное орошеніе черезъ зеркало до 5-го дня; потомъ ежедневно повторныя промыванія. На 2-й и 3-й дни t° 38,5 и 39,5. Черезъ мѣсяцъ выписалась здоровой. Черезъ 4 мѣсяца появились кровотеченія и боли въ тазу. При изслѣд. ничего не найдено; «но можно предположить рецидивъ»
C. Müller. Deutsche med. Wochenschr. 1881. № 10, 11.		
16. Б. 35 л. Регулы съ 16 л., 5 родовъ; послѣдніе 6 л. т. п. Годъ т. н. сильныя боли и менорагіи. Паховыя железы увеличены; тверды. Port. vag. утолщена; представляетъ изрытую поверхность; новообразованіе грибообразно выполняетъ рукавъ. Въ заднемъ сводѣ уплотненіе. Матка велика; «отчасти подвижна».	Плохо низводится. Грибообразное разрощеніе ампутировано. Опрокидыв. кзади. Прав. параметр. перевязанъ 2 шелков., а лѣвый еще одной серебряной лигатурой. Сшиваніемъ краевъ брюшины уменьшено отверстіе, въ которое введенъ толстый Т-образный дренажъ. Опер. 2 часа.	Сильный коллапсъ. Къ вечеру t° 38,8; п. 108; дыханій 9 (!) Лихорадила 3 д. Встала на 18 й, выписана на 20 день. Черезъ 3½ мѣсяца края рубца утолщены. Рецидивъ. Новообразов. удалено.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
17. Б 69 л. Регулы съ 18 л. Родовъ 2. Climax 14 л. Послѣдніе 5 м-цевъ постоянныя кровотеченія; бѣли; головныя боли; запоры; дизурія. «Весьма объемистая portio достигаетъ со нсѣхъ сторонъ тазовой стѣвки; но повидимому варужный край придатконъ (adnexa) еще свободенъ. Пузырь не захваченъ». Матка *нѣсколько* опускается.	Ткань рвется. Невозможно фиксировать шейку. Выскабливаніе ракон. разрощенія. «Прободеніе» задняго свода; пальцемъ проникаетъ въ полость. При попыткахъ захватить за дно матки, отламывается масса раков. новообразованія. Констатировано, что спереди матка *спаяна съ задней стѣнкой симфиза*. Операція не окончева. Введенъ дренажъ.	Лсдъ на животъ, t° не выше 38. Подробностей теченія не указано. Встала на 10-й день; на 11-й день скоропостижно умерла. Вскрытія не сдѣлано.
18. Б. 44 л. Регулы съ 16 л. 15 л. т. н. абортъ. 2 года кровотеченія; постоявны и обильвы. Отекъ ногъ. Передняя губа portionis плотной конеистенціи; задняя ломкая, эксковірованная. Шейка утолщсна. Всѣ своды выполнены плотной инфильтраціей. Матка съ загибомъ кзади; увеличена; «повидимому» спаява съ rectum.	Отдѣленіе пузыря трудно. Ткань рвется. Отдѣленіе сзади сначала легко, потомъ дѣлается невозможнымъ, вслѣдствіе плотныхъ срощеній съ rectum. Ампутирована шейка, осталась культя около 6 с. На нее приложено хлорцинконое тѣсто.	Черезъ 8 час. тѣсто удалено. На 9-й день съ потугой выпала культя матки около 7 с. длины. Рана быстро заживала. Черезъ мѣсяцъ 6-ая выписава. Главнымъ моментомъ отпаденія культи авторъ считаетъ перевязку сосудонъ. Черезъ 3 мѣсяца — незначительныя кровотеченія. На отдѣльныхъ мѣстахъ рубца подозрительныя уплотненія.
19. Б. 45 л. Регулы съ 15 л. 2 родовъ; послѣдніе 13 л. т. н. Около 2 хъ лѣтъ регулы неправильвы; бѣли. Анемична. Кахектична. Port. vag. разрушена. Въ цервик. каналѣ прощупывается шероховатая поверхность. Замѣтное утолщеніе lig. sacrouterinum dextrum.	Операція — ничего особеннаго не представляетъ. Кровотеченіе незначит. Введенъ дренажъ. Опер. $1^1/_2$ часа.	Рвота; жажда; боли нъ животѣ. Лихорадитъ. Смерть ва 3-й девь, вскрытіе: «нъ дугласѣ 2—3 столов. ложки серозно-гвойвой зловонной жидкости. Дренажъ проходимъ».
20. Б. 43 л., 3 родовъ; послѣдніе 3 г. т. н.; 2 аборта. Послѣдній годъ кровотеченія; съ мѣсяцъ стали очевь обильны. Port. vag. увеличена; плотна. Зѣвъ—изъязвленъ; его слизистая шероховата. Параметріи не утолщены. Матка подвижна; не увеличена.	Кровотеченіе «весьма значительное». Опер. $1^1/_4$ часа.	Къ вечеру звобъ; рвота; боли въ животѣ. Промывная жидкость не вытекаетъ обратно; на 2-й день тоже. На 3-й день снова жидкость задерживается. Боли. Животъ вздутъ. Съ 3-го дня— пошли выдѣленія; t° нормальна. Съ 16-го дня отдѣленіе пахнетъ мочей. Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца недержаніе мочи улучшилось. Уплотненія въ рубцѣ не замѣтно. Чувствуетъ себя хорошо.

½ года кровотеченія и бѣли. Шейка утолщена вслѣдствіе опухоли, величиною съ яблоко, сидящей на задней стѣнкѣ. *Лѣвый* сводъ и лѣвая верхняя треть стѣнки рукава уплотнены. Матка достаточно подвижна.	выяснилось, что инфильтрація тянется вверхъ по тазовой стѣнкѣ. Отверстіе не зашивалось. Дренажъ. Оп. 1½ часа.	На 4-й день t° 36,5. Пульсъ не считается. Холодный потъ. Смерть. Вскрытія не было.
Bardenheuer. Die Drainirung der Peritonealhohle. 1881. Stuttgart.		
22. Больная 58 л. 7 родовъ; 3 преждевременныхъ. 9 м. т. н. появились неправильныя кровотеченія и зловонныя бѣли. Шейка матки занята сильно изрытой раковой язвой, которая захватила на 1,5 с. передн. стѣнку рукава. Матка подвижна.	Нѣкоторое затрудненіе вслѣдствіе распространенія рака ва рукавъ. Т-образный дренажъ.	Истеченіе мочи черезъ рукавъ. На 11 день ихорозное отдѣленіе. На 14-й день t° 39,5. На 19 д. per. vag. выходятъ фекальныя массы. На 26 д. знобъ; t° 39,5. На 29 д. смерть. Вскрытіе. Decubitus (отъ дренажа) въ петлѣ тонкой кишки, которая срощена съ окружностью раны.
E. Hahn. Berlin. klin. Wochenschr. 1882. № 24.		
23. Бол. 41 г. 2-е родовъ. Нѣсколько мѣс. кровотеченія и бѣли. Рукавъ объемистъ. Ракъ ограничивается port. vag., которая увеличена въ три раза; съ бугристой распадающейся поверхностью. Матка подвижна.	По вскрытіи передняго и задняго сводовъ, на широкія связки наложены жомы, и между ними и маткой съ каждой стороны ткань б. перерѣзана. Присыпка іодоформомъ и рыхлая тампонада.	Тампонъ мѣнялся каждые 24—48 часовъ; всякій разъ просприндовывали подъ слабымъ давленіемъ. Черезъ 8 дней все это оставлено. t° не выше 38,7. Теченіе «прекрасное». Встала черезъ 20 дней здоровой. Около 9 мѣсяцевъ безъ рецидива.
24. Б. 54 л. Многорожавшая. Годъ т. н. обильныя кровотеченія и зловонныя бѣли. На мѣстѣ portionis—глубокая кратерообразн. язва, съ ихорознымъ отдѣленіемъ. Края ея тверды, инфильтрированы; инфильтрація переходитъ на передній и задній своды. Въ лѣв. параметріи прощупыв. резистентный участокъ съ куриное яйцо. Матка мало подвижна.	Выскабливаніе, причемъ вскрыли брюшину. Приступили къ экстирпаціи. Въ лѣв. параметріи абсцессъ, въ которомъ около 2-хъ столовыхъ ложекъ гною. Іодоформенная тампонада; дренажъ. Опер. 1 ч. 20 м.	Въ первый день рвота. Явленія бывшаго до операціи бронхита усилились. На 8 день смерть. Вскрытіе: гнойный бронхитъ и гнойный же параметритъ.
25. Б. 25 л. 3-е родовъ. 1 абортъ. 9 м. т. н. начались частыя неправильныя кровотеченія и бѣли, которыя 7 м т. н. стали зловонны. Анемична; плохо упитана. Рукавъ—широкъ. Port. vag. увеличена втрое; покры-	Лигатуры на ligg. lata en masse. Іодоформъ. Тампонада. Опер. 1 ч. 15 м.	Послѣ операціи сильный коллапсъ, отъ котораго оправилась на 2-й день. Выздоровленіе.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
та разросшимися, легко кровоточащими эррозіями. Матка подвижна. Микроскопически: «несомвѣнно ракъ».		
26. Больвая 25 л. 2 родовъ. Годъ т. н. вачались сильныя кровотеченья и зловонныя бѣли. Сейчасъ же за introitus vaginae встрѣчается опухоль, величиною съ дѣтскую головку; она бугриста, легко кровоточитъ; поверхность ея изъязвлена. Опухоль довольно далеко захватываетъ передній и задній своды. Матка мало подвижна.	Сначала хотѣли удалить опухоль, для болѣе полнаго изслѣдованія; при этомъ вскрыли брюшину. Приступили къ полной экстирпаціи. «Удалено все болѣзненное». Іодоформ. тампонада. Опер. 1 часъ 15 мин.	Выздоровленіе.
27. Бол. 37 л. Замужемъ съ 17 лѣтъ. 4 родовъ, 3 аборта. Годъ продолж. сильныя бѣли и кровотеченія. Port. vag. представляется въ видѣ изрытой, мягкой опухоли, величивою въ гусиное яйцо, которая переходитъ на задній сводъ. Параметріи—свободвы. Матка мало подвижна.	Все заболѣваніе удалено. Кровотеченіе незначительно. Іодоформная тампонада. Операція 1 часъ.	T° до 38,6. Черезъ 2 недѣли—нормальва. На 20-й день встала. Выздоровлевіе.
Starck. Berlin. klin. Wochenschrift. 1882. № 12.		
28. Больной 42 г. Регулы съ 16; замужемъ съ 29 л. Нормальн. родовъ 7; послѣдніе 3 г. т. н. Около 2 лѣтъ боли внизу живота, обильныя и постоянныя кровотеченія и бѣли. За послѣднюю недѣлю боли въ области правой почки. Port. vag. «почти совершено разрушена», пораженіе перешло и на рукавъ, въ особенности справа въ видѣ глубокой кратерообразной язвы, въ 3—4 с. Матка норм. размѣровъ; хорошо контурируется; подвижна. Тазовыя железы не инфильтрированы. Насколько былъ захваченъ прав. мочеточвикъ, рѣшить ве удалось.	Высвободить правый захваченный мочеточникъ не удалось. Изъ него вырѣзанъ кусокъ въ $3^1/_2$ с. За отсутствіемъ отверстія въ верхнемъ отрѣзкѣ, мочеточвикъ не вшивали въ рукавъ, а валожили на него лигатуру. Вырѣзываніе клѣтчатки было такъ широко, что вся передняя стѣвка Дугласова мѣшка б. удалена. Каждый кровот. сосудъ перевязывали отдѣльно; всего наложено 6—8 лигатуръ. На 3 с. въ полость брюшины введенъ дренажъ, пришитый внизу къ задвей стѣнкѣ рукава. Тампонада. Т-образная повязка снаружи.	Колляпсъ; скоро оправилась. Ежедневно 3—4 раза перемѣва тампововъ и наружн. повязки. t° первые 3 дня была «хороша». На 4 день боль въ области почки, безпокойство. Констатировали отхождевіе мочи черезъ рукавъ. t° 39,5. П. 120. На 6 девь Nephrectomia. На 9 д. (послѣ экстирпаціи матки) удаленъ дренажъ. На 16-й рана руковная вполнѣ зарубцевалась, на 29 день выписана здоровой. Черезъ 3 мѣсяца рецидива нѣтъ; чувствуетъ себя хорошо; прибыль въ вѣсѣ.
Simpson. Edin. medic. Journal. XXVIII p. 1.		

ленныя кровотеченія; бѣли и боли. Постоянные знобы. Разрывъ промежности до наружнаго сфинктера. Port. vag. опущена, утолщена. Края зѣва неправильны, изрыты; въ особенности задняя губа. Въ правомъ сводѣ утолщеніе слизистой оболочки.	вскрытія задняго дугласа,—передній былъ перерѣженъ по руководству пальца. На ligg. lata по одной лигатурѣ en masse,—послѣ чего матка была вырѣзана ножницами. Потомъ широкія связки были раздѣлены на 2 пучка и туго затянуты. Культи широк. связокъ выведены въ рукавъ и между ними въ полость брюшины проведенъ стеклянный Т-обр. дренажъ. Снаружи Т-обр. повязка.	нившее кровотеченіе, съ трудомъ остановленное. Черезъ $8^1/_2$ час. послѣ операціи коллапсъ и смерть отъ кровотеченія изъ plexus venosus pampiniformis fornicis posterioris.
Leopold. Archiv f. Gynäkol. B. XXX. H. 3, p. 401.		
30. Больн. 43 лѣтъ 6 родовъ, полгода неправильн. кровотеченія. Анемична. На задней губѣ величиною съ бобъ carcinoma portionis. Матка подвижна. Параметріи свободны.	По автору. Тампонъ.	Тампонъ удаленъ на 10 д. Выписалась черезъ 4 недѣли. Безъ рецидива 3 года 3 мѣсяца.
31. Б. 50 л., 4 родовъ. Нѣсколько мѣс. кровянисто-ихорозныя истеченія. Незначит. выпаденіе матки и рукава. Матка подвижна. Параметріи свободны. Начинающаяся carcinoma corporis.		Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли. Безъ рецидива 3 г. 3 мѣсяца.
32. Б. 42 лѣтъ, 1 роды. Кровотеченіе. Грибовидная карцинома. Матка подвижна. Въ параметріяхъ нѣсколько мягкихъ узловъ величиною въ бобъ.	Кровотеченіе продолжительное. Продолж. опер. $1^3/_4$ ч.	Слегка лихорадитъ. Выписалась черезъ 4 недѣли. Безъ рецидива $2^1/_2$ года.
33. Б. 45 лѣтъ, 2 родовъ; послѣдніе 20 л. т. н. Обильное кровотеченія съ $^1/_2$ года. Круглоклѣточковая саркома въ днѣ матки.	Продолж. операціи 1 часъ.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли. Рецидивъ черезъ 10 мѣсяцевъ.
34. Б. 39 лѣтъ, 3 родовъ. 4 мѣс. кровотеченіе. Грибовидный канкроидъ portionis. Часть лѣваго свода и широкой связки инфильтрированы. Матка слегка фиксирована, но подвижна.	Узкій рукавъ. Отдѣленіе лѣваго свода и шир. связки — трудно. Слѣва кровотеченіе. Прижиганія пакеленомъ. Іодоформъ; тампонада. Продолж. 2 часа.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 2 мѣсяца. Безъ рецидива $2^1/_2$ года.
35. Б. 35 лѣтъ, 3 родовъ. Годъ кровотеченія. Грибообразная карцинома, перешедшая на задній сводъ.	Отдѣленіе пузыря трудно. Кровотеченіе незначительное. Продолж. 2 часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли. Умерла. Причина неизвѣстна.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
36. Б. 48 лѣтъ, 6 родовъ. 7 мѣс. постоянныя кровотеченія. Узловая карцинома задней губы.	Трудное отдѣленіе пузыря. Лѣвый яичникъ удаленъ. Продолж. $1^1/_2$ часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 4 недѣли. Рецидивъ черезъ 7 мѣсяцевъ.
37. Б. 51 года, 2 родовъ. 5 мѣс. постоянныя кровотеченія. Грибовидный конкроидъ, величиною въ кулакъ, слегка переходитъ па сводъ. Въ правомъ параметріи уплотненіе.	Ампутація опухоли. Прижиганіе; потомъ—полное удаленіе. Операція $1^1/_2$ часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 5 недѣль. Безъ рецидива 2 года 1 мѣсяцъ.
38. Б. 42 лѣтъ, 2 родовъ. 4 недѣли сильныя кровян. истеченія. Carcinoma задней губы съ бобъ. Матка подвижна.	Продолж. $^3/_4$ часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли. Безъ рецидива 2 г. 1 мѣсяцъ.
39. Б. 62 года, 14 родовъ; послѣдніе 28 л. т. н. 5 мѣс. кровотеченія. Начинающаяся карцинома задней губы съ бобъ.	Высокая эксцизія; вскрытіе задняго дугласа; перешли къ экстирпаціи. Двѣ лигатуры съ задней складки брюшины проникли въ rectum.	Смерть на 5-й день отъ септическаго перитонита.
40. Б. 34 лѣтъ, 2 родовъ. 1 годъ зловонныя бѣли. Грибообразный канкроидъ задней губы, съ незначительной инфильтраціей передней. Матка подвижна. Параметріи свободны.	Продолж. $2^1/_2$ часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 4 недѣли. Безъ рецидива 1 годъ 9 мѣсяцевъ.
41. Б. 33 года, 2 родовъ. Нѣсколько недѣль незначительныя кровотеченія. Грибовидный канкроидъ. Своды и параметріи свободны. Матка подвижна.	Передняя стѣнка шейки—ломка, трудно отдѣляется отъ пузыря. Отдѣленіе не въ здоровой ткани.	Высокая t^0 съ 7 по 15 день. Смерть черезъ 6 недѣль. При вскрытіи: инкапсулированный гнойный перитонитъ, исходящій отъ раковыхъ массъ въ культѣ.
42. Б. 45 л., 9 родовъ, 3 аборта. 6 л. prolapsus uteri. Menstrua profusa. Начинающаяся карцинома тѣла. Матка увеличена.	Удалены правый яичникъ и труба. Значительное кровотеченіе.	Слегка лихорадитъ. На 2-й день въ лѣвомъ параметріи прощупывается гематома, которая разсасывалась медленно. Послѣдовательное кровотеченіе. Выписалась черезъ 4 недѣли. Безъ рецидива 1 годъ 9 мѣсяцевъ.
43. Б. 43 л., 9 родовъ, 3 аборта. $^1/_2$ года бѣли и кровотеченія при coitus. Carcinoma	Трудное обкалываніе лѣвой art. uterinae. Кровотеченіе незначительное.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли.

44. Б. 39 л., 3 родовъ; 14 абортовъ. Lues?—2 м-ца постоянныя кровотеченія. Кратерообразная carcinoma portionis. Матка подвижна. Параметріи—свободны.	Большая рана. Продолж. $1^1/_4$ часа.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 3 недѣли. Безъ рецидива 1 г. 6 мѣсяц.
45. Б. 37 л. 10 родовъ. 3 аборта. 6 мѣсяцевъ кровотеченія. Prolapsus. Insufficientia valvulae mitralis. Carcinoma portionis. Матка хорошо подвижна. Правое lig. sacrouterinum уплотнено.	Оба яичника и трубы удалены.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Черезъ 1 г. 9 мѣс. умерла отъ phtisis.
46. Б. 61 г., 2 родовъ. Годъ — ихорозныя истеченія. Начинающаяся carcinoma задней губы и шейки. Матка подвижна.	Въ лѣвомъ параметріи вблизи шейки небольшой узелъ,—широкое изсѣченіе клѣтчатки. Продолжительность 1 часъ.	Безлихорадочно. Черезъ 4 недѣли переведена въ домъ умалишенныхъ, гдѣ и умерла.
47. Б. 43 г., 11 родовъ. 2 аборта. Съ м-цъ ихорозныя истеченія. Retroversio uteri. Carcinoma обѣихъ губъ. Лѣвый сводъ мало пораженъ. Лѣв. lig. sacrouterinum сильно поражено. Параметріи—свободны.	Лѣвый яичникъ и труба удалены.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Безъ рецидива 1 г. 4 мѣс.
48. Б. 42 л., 1 роды. Кровотеченія и ихозорныя истеченія 2 м-ца. Грибовидная carcinoma задней губы. Правое lig. sacrouterinum—напряжено. Матка подвижна.	Незначительное кровотеченіе. Опер. $1^1/_2$ часа.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 4 недѣли. Умерла черезъ 1 г. 4 мѣс. Причина неизвѣстна.
49. Б. 38 л.. 5 родовъ. 1 абортъ. Кровотеченія и боли 2 м-ца. Грибовидное разращеніе portionis; бугристо; плотно; легко кровоточитъ. Параметріи—свободны. Матка подвижна.	Пришлось сдѣлать широкое вырѣзываніе ткани. Удалены лѣвая трубы и яичникъ.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 24 дня. Безъ рецидива 1 г. 3 мѣс.
50. Б. 38 л., 1 роды. Кровотеченія и незначительныя ихозорныя истеченія 6 недѣль. Изрытая carcinoma шейки. Параметріи свободны. Матка довольно подвижна.	Отдѣленіе пузыря трудно. Продолжит. 1 часъ.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Рецидивъ черезъ 11 мѣс.
51. Б. 42 л., 12 родовъ. 5—6 недѣль боли внизу живота. Кратерообразная carcinoma colli. Язва въ заднемъ сводѣ, подходящая близко къ rectum.	Отдѣленіе пузыря трудно. Резекція стѣнки рукава.	Безлихорадочно. На 21-й день недержаніе мочи. Выписана черезъ 2 мѣс. Рецидивъ черезъ 2 мѣс.
52. Б. 42 л., 16 родовъ. 2 м-ца т. н. сильное кровотеченіе. Грибовидная carcinoma задней губы. Матка подвижна. Параметріи—свободны.		Безлихорадочно. Черезъ 3 недѣли выписана. Безъ рецидива 1 г. 1 мѣс.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
53. Б. 34 г., 2 родовъ. Кровотеченія съ $^1/_2$ года. Изрытая carcinoma portionis, переходящая на передній сводъ.	Удаленіе яичниковъ и трубъ съ обѣихъ сторовъ.	Безлихорадочно. Выписана через 4 недѣли. Безъ рецидива 1 г. 1 мѣс.
54. Б. 48 л., 5 родовъ; 1 абортъ. 1 годъ—усиленныя меноррагіи. Грибовидная карцинома portionis, переходящая на передній сводъ. Матка подвижна; параметріи—свободны.	Правая сторона дна пузыря трудно отдѣляется. По удаленіи матки, справа—фистула въ 1 с. Шовъ. Тампонъ.	Безлихорадочно. Сначала катетеризація. Съ 9-го дня истеченіе мочи. 2 операціи—заживленіе. Годъ безъ рецидива.
55. Б. 58 л., 10 родовъ; 6 абортовъ. Боли; 4 недѣли обильныя истеченія. Portio—особенно спереди—сильно изрыта; полукружная язва на мѣстѣ прикрѣпленія слизистой задняго свода. Матка подвижна; ретрофлектирована.	Незначительное кровотеченіе.	Безлихорадочно. Через 4 недѣли выписана. Годъ безъ рецидива.
56. Б. 43 л., 5 родовъ; 2 аборта. Боли; 6 недѣль обильныя истеченія. Грибовидная карцинома преимущественно задней губы. Узкій рукавъ; трудное достиженіе сводовъ.	Чрезвычайно трудная операція. Неправильный циркулярный разрѣзъ по отношенію къ границѣ карциномы. Кровотеченіе сильное. Оба угла пузырнаго дна плотно прикрѣплены къ шейкѣ.	Безлихорадочно. Съ 6-го дня—истеченіе мочи черезъ рукавъ: въ обоихъ боковыхъ углахъ свода по волосной фистулѣ. Зашиваніе; правая затянулась; лѣвая нѣтъ. Годъ безъ рецидива.
57. Б. 52 л., 2 родовъ. 3 года кровотеченія; 3 недѣли сильныя боли. Карцинома съ грецкій орѣхъ въ днѣ матки.	Операція трудна, вслѣдствіе узости рукава.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Годъ безъ рецидива.
58. Б. 38 л., 8 родовъ. $^1/_2$ года неправильныя кровотеченія. Начинающаяся карцинома portionis съ бобъ.	Передняя стѣнка шейки ломка и вся шейка легко рвется; отъ пузыря отдѣляется легко. Новообразованіе идетъ до внутренняго зѣва.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Fimbria правой трубы вросла въ рубецъ свода. Черезъ 9 мѣс. рецидивъ.
59. Б. 41 л., 6 родовъ; 3 аборта. Годъ—кровотеченія и ихорозныя истеченія. Изрытая, грибовидная опухоль передней губы. Клѣтчатка близь пузыря плотная.	Операція трудна, вслѣдствіе спайки съ пузыремъ. Оперирована слишкомъ поздно. Продолжит. 2 часа. Потеряно много крови.	Лихорадитъ съ 5—10 и 28—32 дни. На 11 день фистула пузыря съ горошину. Дважды зашивалась; безуспѣшно. Годъ безъ рецидива. Фистула осталась.
60. Б. 45 л., 4 родовъ. 5 м-цевъ кровотеченія. Carcinoma corporis.	Типичная операція; продолжительн. 2 часа.	Почти безлихорадочно. Съ 10 дня phlegmasia alba dolens sinistra, съ 12 д. безлихорадочно. Черезъ 3 недѣли выписана. 8 мѣсяцевъ безъ рецидива.

61. Б. 45 л., 9 родовъ; 1¼ года неправильныя кровотеченія. Грибовидная опухоль задней губы. Матка подвижна. Слѣва кзади тянется плотный штрангъ.	Отдѣленіе пузыря очень трудно, вслѣдствіе пораженія всей передней стѣнки шейки.	Почти безлихорадочно. Выписалась черезъ 5 недѣль. 8 мѣсяцевъ без рецидива.
62. Б. 36 л., 3 родовъ. Черезъ каждыя 2 недѣли—обильныя кровотеченія. Легко кровоточащая, язвенная карцинома задней губы, въ видѣ кратера, переходитъ слегка на сводъ. Параметріи—свободны.	Отдѣленіе пузыря трудно, вслѣдствіе пораженія передней стѣнки шейки. Высвобожденіе матки трудно, вслѣдствіе склеекъ, отдѣленныхъ пакеленомъ.	Безлихорадочно. Черезъ 10 д. справа около одной глубокой лигатуры просачивается моча. Произвольное прекращеніе. Выписана черезъ 5 недѣль. 8 мѣсяцевъ безъ рецидива.
63. Б. 44 л., 3 родовъ. Годъ—неправильныя кровотеченія. Carcinoma передней губы съ яблоко. Матка подвижна; параметріи—свободны.		Почти безлихорадочно. Выписалась черезъ 4 недѣли. Черезъ 7 мѣсяцевъ «быть можетъ» рецидивъ.
64. Б. 37 л., 7 родовъ. 2 м-ца сильныя кровотеченія. Грибовидая опухоль передней губы. Матка—подвижна; параметріи—свободны.	Типичная операція.	Безлихорадочно. Выписалась черезъ 4 недѣли. 6½ мѣсяц. безъ рецидива.
65. Б. 58 л., 3 родовъ. Кровотеченія 4 м-ца. Грибовидная опухоль задней губы, переходящая на сводъ на столько, что операція едва возможна.	Операція трудна, вслѣдствіе узости рукава и трудности опредѣленія границы пузыря.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Рецидивъ черезъ 1 мѣсяцъ.
66. Б. 54 л., 3 родовъ Нѣсколько м-цевъ незначительныя кровотеченія. Начинающаяся язвенная карцинома задней губы съ бобъ.	Умѣренное кровотеченіе. Широкая резекція задняго свода.	Безлихорадочно. Черезъ 4 недѣли выписана. Безъ рецидива 4 мѣсяца.
67. Б. 44 л., 18 родовъ, 6 м-цевъ неправильныя кровотеченія и зловонныя отдѣленія. Грибовидная опухоль обѣихъ губъ, достигающая сводовъ.	Карцинома тянулась такъ близко къ пузырю, что его пришлось отпрепаровывать настолько тонко, что катетеръ просвѣчивалъ черезъ стѣнку.	Безлихорадочно. Выписана черезъ 3 недѣли. Безъ рецидива 4 мѣсяца.
68. Б. 36 л., 3 родовъ. 3 м-ца кровотеченія и зловонныя отдѣленія. Бугристая опухоль portionis, величиною съ куриное яйцо, заходящая отчасти въ лѣвый параметрій.	При выскабливаніи опухоли — сильное кровотеченіе. Удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ. Выпаденіе кишекъ. Снова кровотеченіе при кашлѣ. Тампонада.	Постоянная рвота безъ метеоризма. Колляпсъ, безъ явленій сепсиса. Смерть на 4 день. При вскрытіи въ раневой воронкѣ — перегнутыя петли кишекъ спаяны
69. Б. 36 л., 8 родовъ. 1½ м-ца неправильныя кровотеченія. Грибовидная опухоль. Параметріи—свободны.	При выскабливаніи — сильное кровотеченіе. Правая труба и яичникъ удалены.	Безлихорадочно. Выписана на 19 д.
70. Б. 45 л., 5 родовъ; 2 аборта. 6 м-цевъ бѣли. Карцинома шейки съ частичнымъ разрушеніемъ губъ.	Круговой разрѣзъ очень труденъ, вслѣдствіе ломкости ткани. Трубы и яичникъ удалены. Перинеотомія; непрерывный шовъ.	Нѣсколько дней легкая лихорадка. Выписана черезъ 3 недѣли.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
71. Б. 44 л., 6 родовъ. 1 м-цъ постоянныя кровотеченія. Карцинома шейки. Матка вполнѣ подвижна.	Операція очень трудна. Пузырь отпрепарованъ до muscularis.	Безлихорадочно.
Anderson. Americ. Journal of Obstetr. 1882, p. 322.		
72. Б. 56 лѣтъ. Многорожавшая. Своды и rectum свободны. Пузырь не занятъ. Матка подвижна. Ракъ тѣла.	Отдѣленіе спереди очень трудно, вслѣдствіе оплотнѣнія клѣтчатки; поэтому авторъ сдѣлалъ попытку отдѣлять ее ножемъ, причемъ вскрылъ пузырь. Боясь вскрывать брюшину, ограничился отдѣленіемъ всего освобожденнаго гальв. петлей. Отдѣленный кусокъ около $^1/_3$ всей матки. Кровотеченіе изъ art. uterina одной стороны остановлено гальвано-каутеромъ.	Рукавныя инъекціи. На 8 д. авторъ при изслѣдованіи легко вылущилъ кусокъ тѣла матки, омертвѣвшій «вслѣдствіе недостаточнаго (авторъ) питанія изъ оставшихся сосудовъ». Остался очень незначительный кусокъ дна. Рецидива не было $3^1/_2$ мѣсяца.
Fenger. Arch. de Tocolog. 1882 г. p. 342.		
73. Б. 40 лѣтъ. Регулы съ 15 л.; правильны. Замужемъ съ 18 л. 9 родовъ. «Теперь» регулы стали неправильны, приходятъ чаще и въ большемъ количествѣ. Значительное увеличеніе portionis. Наружн зѣвъ—воронкообразенъ. Своды спереди и сзади - свободны Матка подвижна; увеличена Полость 4 дюйма. Правая шир. связка при пальпаціи болѣзненна.	Сперва ампутація portionis. Aorta abdominalis прижималась пальцами При отдѣленіи спереди, оказалось, что пораженъ и пузырь, который и былъ пораненъ. Опрокидываніе кпереди помощью пальцевъ. Широкія связки аневризмат. иглой на 2 пучка. Выпаденіе кишекъ и сальника; вправлены. Фистула зашита. Края брюшины спереди и сзади соединены 13 швами, со вшиваніемъ сюда культей шир. связокъ. Операція $2^1/_2$ часа.	Аппаратъ Mikulicz'a для постояннаго орошенія. Лихорадитъ. П.—120. На 7-е сутки отошли лигатуры. Большая часть рукава—мацерирована, изъязвлена; покрыта желтовато-фибринознымъ налетомъ. Decubitus sacri. Черезъ рукавъ всетаки идетъ моча. На 29 д. встала; на 35 выписалась. Фистула самопроизвольно закрылась. Свободна-ли отъ рецидива,— неизвѣстно.
Hovitz. Centralb. f. Gynäkol. 1883. № 27. 74. Б. 57 л. 13 родовъ. Нѣсколько лѣтъ clymax. 4 м. т. н. сильныя кровотеченія и бѣли. Изъязвленный ракъ шейки, распространяющійся высоко по церв. каналу.	Orif. extern. зашито. При отдѣленіи спереди вскрыли пузырь. Отверстіе его сейчасъ-же зашито. Удалены оба яичника. Т-образный дренажъ. Продолж. операція $4^1/_2$ часа.	Дренажъ удаленъ на 3 день. Швы сняты на 21 день. Фистула не затянулась. «Почти безлихорадочно». Выздоровленіе.
75. Б. 41 года. 12 родовъ и 3 аборта. Нѣсколько лѣтъ страдаетъ меноррагіями. Полость цервикальнаго канала глубоко изъязвлена. Правый параметрій слегка утолщенъ. Матка съ перегибомъ кзади; слегка увеличена.	Мочевой пузырь наполняли водой. Удаленъ лѣвый яичникъ. Выпаденіе сальника; вправленъ. Справа оказалась инфильтрація далѣе положенныхъ лигатуръ; почему наложено еще двѣ лигатуры и два пинцета Pean'a. Края раны стянуты швами; въ оставшееся отверстіе Т-образный дренажъ. Операція $4^1/_2$ часа.	T° за первые два дня 38,7; съ третьяго - нормальна. Дренажъ удаленъ вмѣстѣ съ пинцетами на 4 д Выписана здоровой черезъ $1^1/_2$ мѣсяца.

[illegible] неправильныя кровотеченія и боли. 8 м. постоянныя кровотеченія. Шейка воронкообразно разрушена; въ церв. каналѣ бугристая, хрящеватая поверхность. Параметріи свободны. Матка увеличена; незначительно подвижна; лежитъ глубоко.	За нѣсколько дней до экстирп. выскабливаніе. Задній сводъ, вслѣдствіе его глубины, былъ вскрытъ не бистуріемъ, а кривыми ножницами. Лѣвая шпр. связка перевязана in situ; правая—послѣ опрокидыванія. На 2 кровоточившихъ сосуда—для ускоренія операціи—налож. пинцеты Pean'a à demeur. Тампонада іодоформ. марлей.	Послѣ операціи—незначит. коллапсъ. На 2-й д. t^0 38,8. Перемѣна тампоновъ черезъ кажд. 24 часа. Съ 5-го дня безлирадочно. На 2-й д. констатирована пузырно-рукавная фистула,—decubitus отъ пинцетовъ (по автору). Лигатуры отпали на 14 д.; выписана на 16 день здоровой.
Staude. Deutsch. med. Wochenschr. 1883. № 45 и 1886. №№ 35, 36.		
77 Б. 50 лѣтъ. Многорожавшая. Нѣсколько мѣс. кровотеченія и бѣли. Раковая опухоль передней губы. Выскабливаніе. Рецидивъ. Ракъ всей шейки. Матка подвижна.	Ракъ идетъ близко къ пузырю, поэтому отдѣленіе его трудно. Лѣвый мочеточникъ вмѣстѣ съ раковой тканью перерѣзанъ. Опрокидываніе трудно. Въ углы раны вшиты культи шпрокихъ связокъ; въ средину дренажъ. Операція три часа.	Черезъ рукавъ идетъ моча по каплямъ. На 7 д. decubitus стѣнки пузыря отъ дренажа. Безлихорадочно. Черезъ 4 недѣли выздоровленіе. Фистулы обѣ остались незашитыми. Черезъ $1^1/_2$ года умерла. Рецидива не было.
78. Б. 46 лѣтъ; 3-е родовъ. 1 г. т. н. кровотеченія. Ракъ шейки; задняя губа port. вполнѣ разрушена. Ракъ переходитъ на заднюю стѣнку рукава. Тѣло матки и параметріи свободны.	Шовъ на края брюшины. Два маленькихъ дренажа въ сдѣланную вырѣзку задней стѣнки рукава, куда, кромѣ того, былъ наложенъ шовъ.	Высш. t^0 38,5. Выздоровленіе. Черезъ $1^1/_2$ года рецидивъ.
79. Б. 45 л. Многорожавшая. Значительная раковая опухоль portionis, выполняющая большую часть рукава.	Перитонеальный шовъ труденъ и отнялъ много времени.	Выздоровленіе. Рецидивъ черезъ 3 мѣс.
80. Б. 40 л. Многорожавшая. Значительное раковое разращеніе шейки.	Опрокидываніе матки и перевязка ligg. lata трудны. Удалена труба вслѣдствіе водянки ея. Перитонеальный шовъ.	Выздоровленіе. Рецидивъ черезъ 4 мѣс.
81. Б. 46 л. Многорожавшая. Ракъ шейки. Легко кровоточащія разращенія около orif. Portio почти нормальна.	Перитон. шовъ. Рукавная рана дренируется. Кромѣ того, шовъ на часть рукавной раны.	Черезъ три недѣли выздоровленіе. $3^1/_2$ года безъ рецидива.
82. Б. 43 л., 1 роды. Ракъ шейки. Матка въ retroversio; подвижна.	Типичная операція.	Выздоровленіе. Черезъ три мѣсяца рецидивъ.
83. Б. 50 л. Многорожавшая. Portio - цѣла. Въ зѣвѣ мягкая, легко кровоточащая масса. Окружающая матку клѣтчатка не поражена. Поверхностный ракъ слизистой оболочки шейки.	Типичная операція, продолжавш. $1^1/_4$ часа.	Выздоровленіе. 3 года рецидива нѣтъ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣоперaціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
84. Б. 49 л. Многорожавшая. Большой канкроидъ portionis; сзади онъ переходитъ на слизистую рукава. Незначительное опущеніе стѣнокъ рукава. Матка очень подвижна.	Легкая операція, продолжавш. 1 часъ.	Безлихорадочное теченіе. Рецидивъ въ тазу черезъ годъ.
85. Б. 45. Многорожавшая. Легко кровоточащая язва на передней стѣнкѣ шейки. Слизистая оболочка задней стѣнки поражена поверхностно. Тѣло матки свободно.	За 3 дня до экстирп. выскаблив. и прижиганіе. При экстирп. значительное кровотеченіе. Операц. 2 часа. Коллапсъ. Перитонеальный шовъ. Безъ пульса.	Черезъ два часа послѣ операціи—оправилась. Дальнѣйшее теченіе—хорошее. Черезъ 5 мѣсяцевъ рецидивъ.
86. Б. 36 л., 1 роды. Большая капустообразная опухоль portionis; сильно кровоточитъ.	За 2 дня до операціи выскабливаніе и прижиганіе. Операц. легкая.	Выздоровленіе. Черезъ 9 недѣль рецидивъ.
87. Б. 34 л. Многорожавшая. Наружная поверхность portionis нормальна. Цервик. каналъ представл. ихорозно-распадающійся кратеръ. Параметріи не поражены. Матка подвижна.	За 2 дня выскабливаніе. Предварительное зашиваніе зѣва. При опрокидываніи выпалъ сальникъ, который перевязанъ и ампутированъ. Шовъ. Продолж. 1 часъ.	Выздоровленіе. Рецидива нѣтъ $2^1/_2$ года.
88. Б. 51 года. ? роды. Раковый узелъ передней стѣнки шейки величиною съ вишню.	Операція легкая.	Выздоровленіе. Рецидива нѣтъ $2^1/_2$ года.
89. Б. 37 л. Многорожавшая. Легко кровоточащая раков. язва передней стѣнки шейки. Матка увеличена почти вдвое (2 міомы).	За 2 дня выскабливаніе. Опрокидываніе очень трудно. Перит. шовъ.	Незначительный эксудатъ около культи лѣвой шир. связки. Абсцессъ вскрылся черезъ рукавъ. 2 года безъ рецидива.
90. Б. 46 л. Многорожавшая. Ракъ шейки, значительно разрушившій ее. Около правой тазовой стѣнки, отдѣльная отъ матки, но близко прилегающая, опухоль, не имѣющая, повидимому, связи съ карциномой.	Трудная операція. По удаленіи матки, опухоль оказалась раковой. Брюшина не сшивалась. Тампонъ изъ іодоформенной марли.	Выздоровленіе; но раковое пораженіе распространяется по клѣтчаткѣ.
91. Б. 40 л. ? роды. Ракъ, значительно разрушившій шейку, вблизи которой въ лѣвомъ параметріи два маленькихъ узла, повидимому удалимыхъ. Правый параметрій свободенъ.	Операція трудная. Узелки удалены. Кровотеч. изъ лѣвой uterina. Перевязка не удалась, вслѣдствіе высокаго положенія. 4 зажимныхъ пинцета à demeur.	Пинцеты удалены на 6-й день. Теченіе нормально. Выздоровленіе. Вскорѣ рецидивъ.
92. Б. 30 л. Многорожавшая. Начинающійся ракъ слизистой оболочки шейки.	Операц. гладкая. Шовъ.	Выздоровленіе. Рецидива нѣтъ $1^1/_2$ года.
93. Б. 40 л. Многорожавшая. Ракъ шейки [illegible]	Вырѣзываніе рукавнаго рака и удаленіе всей [illegible]	Выздоровленіе. Рецидивъ черезъ 2 [illegible]

... параметріи свободны. Матка подвижна.	швовъ.	Выздоровленіе. Годъ безъ рецидива.
95. Б. 38 л. Многорожавшая. Ракъ слизистой оболочки передней губы. Задняя нормальна.	Послѣ удаленія матки, брюшина быстро ускользнула вверхъ; найти не удалось. Тампонада іодоформ. марлей.	Выздоровленіе. 2 мѣсяца безъ рецидива
Breisky. Wiener medic. Presse B. № 41.		
96. Больная 60 л. 4 род. послѣдн 19 л. т. н. Обильныя, неправильныя кровотеченія; сильныя боли внизу живота Анемична; кахектична. Надъ симфизой — плотная опухоль, съ кулакъ, болѣзненная. Узкій introitus. Большая часть слизистой оболочки тѣла оказалась въ видѣ бугристаго злокачественнаго разращенія.	Опрокидываніе матки кзади введенною полурукою. Разрывы справа и сзади въ introitus и на промежности Дренажъ. Іодоформ. марлевый тампонъ. Операц. $1^3/_4$ часа.	Дренажъ удаленъ на 2-й день. «Іодоформ. марля прекрасно дѣйствовала и дренажъ оказался лишнимъ». Незначит. повышеніе т-ры. На 16 д. отпали первыя лигатуры; на 17 до 20-го остальныя. Выписалась здоровой черезъ 35 дней. 3 мѣсяца рецидива нѣтъ.
Veit. Deutsch. med Wochenschr. 1883. № 1, p. 4.		
97. Б. 58 л. Nullipara. Virgo. 6 л. clymax. 8 м. т. н. начались, постепенно усиливающіяся, кровотеченія. Intacta. Въ верхней части паренхимы шейки узелъ величиною съ вишню. Тѣло матки, съ перегибомъ кзади, сильно увеличено, особенно въ ширину. Придатки—свободны. Carcinoma corporis.	Discisio hymenis. Несмотря на узость рукава, матка хорошо низводилась. Опрокидыв. кзади. Ligg. lata на три пучка. Отверстіе зашито по бокамъ; въ средину дренажъ.	Выздоровленіе. 9 мѣсяцевъ рецидива нѣтъ.
98. Б. 65 л. 9 родовъ; послѣдн. 20 л. т. н. 15 л. т. н. clymax. Послѣдній годъ—гнойныя истеченія, иногда съ кровью. Colpitis vetularum. Port. vag. здорова. Матка сильно увеличена; подвижна. Микроскопически—adenoma malignum, переходящая въ ракъ.	Легкая операція сдѣлана по Schröder'у. Т-образный дренажъ.	Черезъ 2 дня—знобъ. При промываніи черезъ дренажъ,—жидкость не идетъ. При легкомъ потягиваніи дренажа,—вдругъ вылилась столовая ложка гною и крови. Встала на 14 день. Выздоровленіе.
Zweifel. Centrbl. f. Gyn. 1884. № 26.		
99. Б. 13 л. отъ роду; за три года операціи имѣла 1 разъ кровянистое истеченіе. Около года жалов. на колотье въ боку, слабость и сильные ознобы. Вмѣстѣ съ этимъ появилось гноевидное истеченіе изъ рукава. Intacta. На port. vag. небольшая, величиною съ яблоко, опухоль твердой консистенціи. Вылущенная опухоль оказалась кругло клѣточковой саркомой. Черезъ 8 м. рецидивъ. Опухоль разрос-	Разрѣзъ промежности. Выведеніе дна матки, вслѣдствіе неуступчивости тканей, представляло очень большія затрудненія. Оба яичника удалены. Тампонада.	Перемѣна тампона на 3-й день. Послѣоперац. періодъ прошелъ очень благопріятно, и черезъ три недѣли выписалась здоровой.

Б

...лась настолько, что выступила изъ рукава наружу. Матка норм. величивы; легко подвижна.		
Kufferath. Ann. de gyn. 1884. p. 46.		
100. Б. 45 л. Регулы съ 14, правильны, необильны, безболѣзнен. 2 родовъ. Бѣли; боли въ бедрахъ. Кровотеченія; боли въ почкахъ. Шейка утолщена; изъязвлена; въ верхней части инфильтрирована. Лѣвый сводъ уплотненъ болѣе праваго.	Для низведенія матки инструментъ Breuecke. Опрокидываніе кзади. Ligg. lata на три части. Удаленъ правый, выпавшій яичникъ. Іодоформен. марлевая тампонада. Опер. 1 ч. 15 м.	Лихорадитъ. П. 120—130. На 5-й д. перемѣна тампона. Ѣсть стала на 6-е сутки. Стулъ на 9 д. Лигатуры отпадали съ 15; встала на 16-й день. Черезъ мѣсяцъ выписана здоровой. Черезъ 8 мѣсяцевъ уплотненіе въ лѣвомъ сводѣ на 0,5 с. величиною; не изъязвившееся.
Böckel. Gaz. méd de Strasbourg. 1884. p. 105.		
101. Б. 41 г. 1 роды 20 л. т. н. 3 мѣс. т. в. кровотеченія и злоаовыя бѣли. Боли въ пояснидѣ. Шейка увеличена, бугриста, занята капустнымъ разращеніемъ. Слѣва и сзади — уплотненіе сводовъ. Матка - подвижна.	На широкія связки по очереди: лигатура en masse и Clamm; линія разрѣза между ними. Справа отдѣльная лигатура на трубку. Выпаденіе кишекъ; вправлено. Слѣва удалена часть клѣтчатки съ плотнымъ узломъ. Дов. сильное кровотеченіе. Пинцеты à demeur. Іодоформенно марлевая тампонада.	Боли въ области почекъ; рвота. Пинцетъ удаленъ черезъ 48 ч. Съ 4 дня изъ рукава пошла моча. Т-ра нормальна въ первые 10 дней; потомъ лихорадка. На 12 день влагалищная рана представляетъ собою плотный рубецъ. въ лѣвомъ углу котораго есть воронка, пропускающая въ себя зондъ савт. на 6. Авторъ предполагаетъ, что наложеннымъ слѣва пинцетомъ раздавили мочеточникъ. Nephrectomia. Выздоровленіе. Черезъ 7 мѣсяцевъ рецидивъ.
Bokelman. Bresl. ärztlich. Zeitschrift. 1884. № 13. Arch. f. Gynäkol. B. XXV. H. 1.		
102. Б. 39 л. Регулы съ 18, 7 родовъ. 9 мѣсяцевъ меноррагіи и зловонныя истеченія. Канкроидъ задней губы, величиною съ волошскій орѣхъ. Влагалище и параметрія свободны.	Обѣ шир. связки перевязаны по частямъ и перерѣзаны между лигатурами. Тампонада іодоформиров. марлей.	«Незначит. лихорадка». Высш. т-ра 38,8. Тампонъ удаленъ на 3-й д. Ежедневная смѣна тампоновъ и промыванія карб. кислотой На 17 день выписалась здоровою.
103. Б. 36 л Регулы съ 15 л. 2 родовъ; 3 аборта. 8 недѣль зловонныя истеченія и колико-образныя боли въ крестцѣ. Канкроидъ port. vag. величиною съ яблоко, на подобіе цвѣтной капусты. Влагалище и параметріи свободны.	Эластическая лигатура на шейку по причинѣ сильнаго кровотеченія изъ опухоли. Сильное кровотеченіе изъ правой маточной артеріи. Тампонъ іодоформ. марлевый.	Удаленъ тампонъ на 7 й день. Промыв. салициловымъ растворомъ. «Совершенно безлихорадочное (37,7) теченіе». Выписана на 13-й д. здоровою.

...лько мѣсяцевъ зловонныя отдѣленія и сильныя кровотеченія. Глубокая кратероподобная язва шейки. Параметріи, повидимому, свободны. Матка увеличена; подвижна.	...ическая ампутація на шейку изъ-за сильнаго кровотеченія изъ нея. Сильное кровот. изъ лѣвой широкой связки. Позже обильное кровотеченіе изъ глубины, остановленное съ большимъ трудомъ широкими пинцетами, которые были оставлены.	Лихорадка съ утра вторыхъ сутокъ. Быстро увеличивающійся упадокъ силъ. Смерть на вторыя сутки. Вскрытіе не позволено. Затянувшійся (protrahirter Shok?). Sepsis? (предполож. автора).
105. Б. 42 л. Регулы съ 14 л. 3 родовъ. 7 мѣсяцевъ неправильныя регулы и зловонныя бѣли. Кавкроидъ portionis умѣревной величины. Рукавъ и параметріи свободны. Матка не увеличена.	Правая труба вмѣстѣ съ яичникомъ удалены, такъ какъ они выпадали.	«Незначительная лихорадка. Высшая т-ра 39,1». Тампонъ удаленъ на 3-й д. Ежедневн. промыванія. Выписана на 16 день здоровой.
106. Б. 52 л Регулы съ 19 л. 12 норм. родовъ и 1 абортъ. 9 м. атипическія кровотеченія и зловон. бѣли. Сильно изъязвившаяся carcinoma portionis vag. и церв. канала. Параметріи и рукавъ свободны. Тѣло матки увеличено и чувствительно.	Трудное извлеченіе увеличенной, пронизанной до самаго дна новообразованіемъ, въ сильной степени размягченной, матки. Кровотеченіе изъ глубины широк. связокъ. Лѣв. яичникъ и труба, выпадавшія въ рану, удалены.	Лихорадки не было. Съ 4 дня явленія заворота кишекъ. Смерть на 8 д. Вскрытіе: acclusio intestinorum вслѣдствіе перегиба одной изъ тонкихъ кишекъ.
107. Б. 34 л. Регулы съ 14 л. 2 преждеврем. родовъ. 3 мѣсяца кровянистое, зловонное истеченіе. Изъязвленное разращеніе portionis, на подобіе цвѣтной капусты, велич. съ яблоко, занимающее отчасти заднюю стѣнку рукава. Параметріи—свободны. Тѣло матки отклонено взадъ.	Гладкая операція. Ligg. lata во многихъ мѣстахъ просто обколоты. Кровотеченіе незначительное.	Тампоны удалены на 7-й д. Ежедневн. промыв. сулемой. Безъ лихорадки. На 18 д. выписана здоровой.
108. Б. 40 л. Регулы съ 19 л. 6 родовъ; 2 аборта. Три года неправильныя кровотеченія. Величиною съ голубиное яйцо раковое разрощеніе на зад. губѣ. Параметрій свободенъ. Тѣло матки увеличено.	Гладкая операція. Трубы и яичники съ обѣихъ сторонъ удалены.	Тампоны удалены на 6 день. Ежедневн. промыванія сулемой. На 15 день выписана здоровой.
109. Б. 41 г. Регулы съ 16 л. 6 родовъ; 2 аборта. Нѣсколько мѣсяцевъ неправильныя кровотеченія, смѣняющіяся зловоннымъ истеченіемъ. Сильно изъязвленный ракъ portionis и цервик. канала. Лѣвый параметрій инфильтрированъ. Матка увеличена; немного чувствительна. *	Слѣва операція «отчасти» въ больной ткани. Отдѣленіе матки отъ пузыря и выведеніе ея затруднительно. Кровотеченіе умѣренное.	Тампоны удалены на 12 день. «Почти безъ лихорадки. Высшая т-ра 38,6». Истеченіе мочи черезъ рукавъ. Выписана на 16 день съ мочеточниковой фистулой. Лѣвый параметрій инфильтрированъ.
110. Б. 44 л. Регулы съ 16 л. 3 родовъ. 6 мѣсяцевъ меноррагія. Изъязвленная, съ ма-	Значит. кровотеченіе изъ основанія широкихъ связокъ, такъ какъ arteriae uterinae	Тампоны удалены на 7 д. «Незначит. лихорадка. Высшая т-ра 38,6»,

ленькое яблоко, карцинома portionis, перешедшая на лѣвый сводъ. Параметріи свободны. Матка не увеличена.	не были отысканы при отдѣленіи параметріевъ.	Ежеднев. промыв. сулемой. Выписана на 12 день здоровой.
111. Б. 33 л. Регулы съ 18 л. 1 абортъ. 5—6 нед. появилось истеченіе. Боли внизу живота. Небольшой, твердый канкроидъ правой стороны portionis. Параметріи свободны Матка нормальна.	Гладкая операція. Ничтожнѣйшее кровотеченіе. Трубы и яичники съ обѣихъ сторонъ удалены.	Тампонъ удаленъ на 9 день. Безъ лихорадки. Выписана здоровой на 11 д.
112. Б. 46 л. Регулы съ 20 л. 7 нормальныхъ родовъ. 6 м. неправильныя кровотеченія. Carcinoma portionis и цервикальн. канала. Параметріи и своды—свободны. Тѣло матки увеличено.	Гладкая операція. Трубы и яичники обоихъ сторонъ удалены. Незначит. кровотеченіе	Лихорадитъ. Высш т-ра 39,3. Лѣвосторонній phlebitis saphenae по причинѣ тромба. Тампонъ удаленъ на 7 д. Выписана на 14 д. здоровой.
113. Б. 39 л. Регулы съ 7 года. 7 родовъ; 1 абортъ. Съ годъ меноррагіи и слизисто-гнойное, зловонное истеченіе. Слегка изъязвившійся, очень твердый канкроидъ port. Параметріи свободны Тѣло матки не увеличено.	Гладкая операція. Трубы и яичники обѣихъ сторонъ выпадали,—поэтому удалены.	Высшая т-ра 38,6. Тампонъ удаленъ на 5 день. Выписана на 15 д. здоровою.
114. Б. 27 л. Регулы съ 15 л. 1 роды. 5 м. кровотеченія и зловонныя истеченія Очень сильныя, потугообразныя боли. Глубокая, кратерообразная, сильно ихорозная язва portionis. Тѣло матки ясно не прощупывается.	Выскабливаніе за сутки до операціи. Часть раковопораженной задней стѣнки шейки была оставлена въ силу плотнаго сращенія. Трубы и яичники об. сторонъ удалены.	«Немного лихорадитъ. Высшая т-ра 38,7». Тампонъ удаленъ на 12 д. Совершенно безъ запаха. Выписана на 13 день—при обильномъ истеченіи.
115. Б. 33 л. Регулы съ 14 л. 3 норм. родовъ и 1 абортъ. Около 6 м. атипическія кровотеченія, бѣловатое, зловонное истеченіе. Величиною съ яблоко, сильно изъязвленный, со многими трещинами канкроидъ portion Тѣло матки нормально.	Гладкая операція. Опустившійся, кистовидно перерожденный, правый яичникъ удаленъ. Выпадавшій лѣвый вправленъ обратно.	Высшая т-ра 38. Тампонъ удаленъ на 12 д; безъ запаху. Выписана на 12 день здоровой.
116. Б. 54 л. Регулы съ 15 года. 4 норм. родовъ и 1 абортъ. 7 нед. т. н. появилось зловонное истеченіе. Сильно потрескавшійся канкроидъ port. Кромѣ того, плоскія опухоли на обѣихъ губахъ ея. Тѣло подвижно; параметріи—свободны.	Гладкая операція. Выпадавшій правый яичникъ удаленъ.	Высшая т-ра 37,6. Тампонъ удаленъ на 12 день, когда была выписана и сама больная. Здорова.

117. Б. 37 л. Регулы съ 16 года. 3 норм. родовъ. Послѣдн. 4 м. обильное кровотеченіе черезъ кажд. 2 нед.; въ промежуткахъ—зловонныя бѣли. Неизъязвившаяся карцинома portionis. Плотная инфильтрація задней губы. Тѣло матки наклонено впередъ. Параметріи свободны.	Довольно сильное кровотеченіе, вслѣдствіе разслабленія лигатуры на перерѣзанной лѣвой шир. связкѣ.	Сначало немного лихорадила. Высшая т-ра 38,6. Тамп. удаленъ на 7 д.; выписана здоровою на 14 д
118. Б. 30 л. Регулы съ 15 л. 4 норм. родовъ. 3 м. непрерывныя, обильныя кровотеченія. Сильно потрескавшаяся, изъязвленная карцинома portionis. Тѣло матки въ сильной retroflexio; но не увеличено, подвижно. Параметріи—свободны.	Гладкая операція. Опрокидываніе ретрофлектированной матки черезъ передній сводъ. Умѣренное кровотеченіе.	Высшая т-ра 38. Тампонъ удаленъ на 10 д.; выписана здоровой на 11 д.
119. Б. 44 л. 2 норм. родовъ; 1 абортъ. 6 м. т. н. появились атипическія кровотеченія. Зловонныя бѣли. Канкроидъ portionis. Своды и параметріи—свободны. Матка подвижна.	Лѣвая труба и яичникъ удалены. Кровотеченіе умѣренное.	«Немного лихорадитъ. Высшая т-ра 38,9». Тампонъ удаленъ на 13 день, когда выписана и сама оперированная.
120. Б. 41 г. Регулы съ 18 л. 4 норм. родовъ. Около 4 м. гнойное зловонное истеченіе. Величиною съ яблоко, на подобіе цвѣтной капусты, разрощеніе portionis. Параметріи свободны. Матка немного увеличена.	За 5 дней до экстирп. выскабливаніе и прижиганіе кален. желѣзомъ. Опер. гладкая.	Безъ лихорадки. Выписана здоровой.
Heilbrun. Centralbl. f. Gynäkol. 1885. № 5 (къ казуистикѣ Bokelm.).		
121. Б. 38 л. 3 родовъ. За послѣдній годъ регулы черезъ 14—17 д.; обильны. Входъ рукава широкъ. Перед. губа portionis—утолщена и эктропирована; отъ нея идетъ въ сводъ старый плотный рубецъ. Зад. губа—рыхла и мягка; поверхность ея шероховата; губа коротка и утолщена. Матка выходитъ пальца на 3 надъ симфизомъ, поперечникъ ея также увеличенъ.	Сперва подрѣзанъ рубецъ. Опрокидываніе матки, не смотря на высокое отдѣленіе клѣтчатки, совершено черезъ правый сводъ. Брюшина и слизистая рукава соединены спереди и сзади. Іодоформ. тампонада. Кровотеченіе очень значительное.	Когда на 3-й день вынули тампонъ, пошла моча черезъ рукавъ. Т-ра за 1-й д. 38,1; на 2-й—38,4; далѣе безлихорадочно. Фистулу не зашивали. Выписалась здоровой.
122. Б. 47 л. Регулы съ 16 л. Nullipara. 6 м. т. н. водянистое, съ примѣсью крови, зловонное истеченіе. Узкій входъ рукава. Параметріи не резистентны. Объемъ матки сильно увеличенъ. Carcinoma corporis.	Низведеніе матки не удавалось, послѣ вскрытія всѣхъ сводовъ и полнаго отдѣленія окружающей клѣтчатки. При этихъ манипуляціяхъ въ рукавѣ показался гной. Ляпаротомія. Оказалось, что матка приращена къ стѣнкамъ гнойнаго, въ дѣтскую го-	На 6-й день удалили черезъ рукавъ тампонъ изъ полости брюшины; на немъ маленькіе свертки крови. Было 2 раза повышеніе t^{0} до 38. На 20-й день выписана.

	говку, мѣшка, состоявшаго изъ сросшихся нетель тонкихъ кишекъ и ложныхъ перепонокъ. Очищеніе полости гнойника. Отдѣленіе матки. Вслѣдствіе кровотеченія—тампонъ въ полость мѣшка, выведенный черезъ рукавъ. Брюшной разрѣзъ зашитъ.	
Duncan. Lancet. 1885, jan. 31, p. 208.		
123. Б. 37 л., замужняя. Поступила съ тазовымъ целюлитомъ. При изслѣдованіи найдена была также эпителіома передней губы.	По прекращеніи тазоваго воспаленія, приступили къ операціи. Перевязка уплотненныхъ и утолщенныхъ широкихъ связокъ была затруднительна. Двойной дренажъ съ іодоформ. марлевою тампонадой.	Выздоровленіе. На 39-й день выписана. Черезъ 5 м. Phtisis. Уплотненіе влагалищнаго свода. Увеличеніе тазовыхъ железъ.
124. Б. 54 л. Замужемъ съ 32 года. 8 родовъ. 10 л. clymax. 8 м. т. н. кровотеченіе subcoitu. Изъязвившаяся эпителіома шейки.	Коллапсъ по вскрытіи брюшинной полости.	Смерть черезъ 12 часовъ послѣ операціи.
Purcel. Lancet. 1885. 31 janv. p. 200.		
125. Б. 40 л., замужняя, имѣвшая 5 родовъ. Влагалище было занято сосудистою сосочковою опухолью, величиною съ мячъ, прикрѣплявшейся къ наружному зѣву и переходившей на лѣвый влагалищный сводъ.	Сначала удалили гальвано-каустич. петлей опухоль; потомъ приступили къ вскрытію сводовъ. Опрокидываніе кзади, введенною въ полость брюшины, рукою. Широкія связки перевязаны и разсѣчены гальвано-каустич. петлей. Кровотеч. дов. значительное. Удаленъ (перерожденный) яичникъ. Стеклянный дренажъ и тампонада. Опер. $1^1/_2$ часа.	T° не выше 38,5. Первые 7 дней—питательные клистиры. До 6 дня постоянный катетеръ. Дренажъ удаленъ на 10-й день. Рукавъ промывался по 3 раза въ день. Первый стулъ на 13 д.; встала на 25; выписана на 42 д. здоровой.
Fischel. Centralbl. f. Gynäkol. 1886. № 42.		
126. Б. 31 г. 6 родовъ. Раковая опухоль задней губы, величиною съ яблоко, переходитъ на задній сводъ и заднюю стѣнку рукава. Узелъ величиною съ бобъ въ основаніи лѣвой широкой связки.	Узелъ изъ клѣтчатки лѣваго свода выпрепарованъ.	Выздоровленіе. Черезъ 2 мѣс. рецидивъ.
Pozzi. Annal de Gynecol. 1886, p. 309.		
127. Epithetioma шейки.	Оба яичника удалены. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи кровотеченіе.	Выздоровленіе къ 15 дню.
Goodell. Journ. Amer. medic. Associat. 1886. № 5, p. 640.		
128. Б. 65 л. 12 родовъ. Шейка значит. удлинена. Матка—5 дюйм. Cancroid portion.	Ампутація,—вскрыли задній сводъ,—поэтому приступили къ экстирпаціи. Ligg. lata	Перемѣна тампона и промыванія по 2 раза въ день. На 2-й день t° 100,2 F;

	7 проволочныхъ швовъ; средина осталась открытой. Тампонада сулемов. ватой.	потомъ не выше 100. Швы сняты на 14 д. Выписалась на 23 д. здоровой.
Marchand. Annal. de gynecol. 1886, p. 310. **129.** Ракъ шейки, который распространился до внутренняго зѣва.	Къ концу операціи кровотеченіе изъ клѣтчатки задняго влагалищнаго свода. Остановлено пинцетами à demeur.	Выздоровленіе. Fistula rectovaginalis.
Haidlen. Archiv f. Gynäkol. B. XIX. H. I. **130.** Б. 50 л., регулы съ 17 л., всегда правильны; не обильны. Около году онѣ стали обильны и болѣзненны. Бѣли. Ракъ слизистой оболочки цервик. канала вплоть до orif-internum. Параметріи повидимому—свободны. Матка подвижна.	Опрокидываніе кзади. Перевязка широкихъ связокъ съ помощью иголъ Dechamps'a. Слѣва большее вырѣзываніе клѣтчатки, такъ какъ разрушеніе шло до самаго наружнаго слоя матки. Для извлеченія матки—разрѣзъ промежности. Перитонеальный шовъ; культи широкихъ связокъ пришиты въ углы раны. Зашиваніе промежности. Операц. продол. 5 час.	T° въ первые 6 дней до 38,5. Со 2 до 7 дня постоянная иригація борно-салициловымъ растворомъ. Швы удалены на 20 день. Встала на 29 день. Черезъ $1^1/_2$ г. рецидива нѣтъ
131. Б. 33 л. Регулы съ 15 л. Съ $^1/_2$ года неправильныя кровотеченія. Постоянныя, обильныя бѣли. Port. vag. представляется въ видѣ опухоли, неправильной, бугристой, расщепленной, выполняющей до половины рукавъ. Суправагинальная часть также плотна, утолщена. Своды и параметріи свободны. Матка достаточно подвижна.	Опрокидываніе кпереди. Удалена инфильтрированная часть праваго параметрія. Оба яичника удалены. Перитонеальный шовъ. Тампонада рукава. Операція $2^1/_2$ часа.	Выздоровленіе. Выписана черезъ 6 недѣль—«съ нѣкоторой ригидностью въ правомъ сводѣ и язвою на мѣстѣ раны».
132. Б. 35 л. Около года повторныя и сильныя періодическія кровотеченія. Бѣли. Цервик. каналъ кратерообразно изъязвленъ. Шейка тверда, значительно утолщена. Изъязвленіе съ шейки идетъ на задній сводъ. Оба параметрія очевидно захвачены. Матка нормальна.	Трудная операція. Только послѣ отдѣленія и сводовъ, и параметріевъ, при значительномъ насиліи, удалось опрокинуть матку. Въ лѣвомъ параметріи осталась часть инфильтриров. клѣтчатки. Дренажъ. Тампонада. Операц. $2^1/_4$ ч.	T° къ вечеру 38,3; на другой день утромъ 38,7; къ вечеру смерть отъ септическаго зараженія. Вскрытіе: «въ маломъ тазу 3—4 ложки красноватой, непрозрачной, на подобіе винныхъ дрожжей, жидкости съ зловоннымъ запахомъ *около самаго дренажа*».
133. Б. 45 л. Крови съ 15, всегда неправильны; около 9 мѣсяцевъ дурной запахъ отдѣленій. Шейка значительно утолщена, представляетъ язвенную, сильно изрытую поверхность, съ твердымъ дномъ. Задній сводъ уплотненъ. Лѣвый параметрій резистентенъ. Матка наклонена назадъ; повидимому—увеличена.	Лѣвый яичникъ удаленъ «случайно». По извлеченіи матки, клѣтчатка слѣва вырѣзывается почти вплоть до стѣнки таза; но все-таки новообразованіе удалено не вполнѣ. Рукавная тампонада. Операція 5 час.	Смерть на 3 день отъ септическаго зараженія.
134. Б. 45 л. Около 3 мѣс. выдѣленія на подобіе мясныхъ помоевъ съ запахомъ. Port	Перитоніальный шовъ.	Смерть на 2-я сутки отъ острой септицеміи.

vag. значительно утолщена, тверда. На передней губѣ, величиною съ марку—язва, легко-кровоточащая. Своды свободны. Матка легко подвижна.		
Sänger. Archiv. f. Gyn. B. XXI.		
135. Б. 36 л. Послѣдніе 2 мѣс. неправильныя регулы и бѣли. Отъ наружнаго зѣва вверхъ по церв. каналу тянется твердоватая, плоская, легко кровоточащая язва. Параметріи и придатки, повидимому, здоровы. Матка значительно увеличена; плотна; хорошо подвижна.	Матка опрокинута по Martin'у, ва санкахъ. Цѣпочныя лигатуры ва ligg. lata. Удалены оба яичника. Вдуваніе и втираніе іодоформа, Рыхлая тампонада іодоформ. марлей. Операція продол. 2¼ часа.	Безлихорадочное теченіе. На 9 день снова вдуваніе и втираніе іодоформа; снова рыхлая тампонада. На 12 день отпали лигатуры; на 14 день встала. Выздоровленіе.
136. Б. 50 л. съ 46 л. climax. Около 10 м. неправильныя и продолжительныя кровотеченія. Боли въ животѣ и поясницѣ. Безсонница, исхуданіе, усиливающаяся слабость. Carcinoma cervicis, которая уничтожила всю portion vaginalem и распространилась за внутр. зѣвъ. Своды свободны. Въ лѣвомъ параметріи рубцовое уплотненіе, въ видѣ остатковъ стараго параметрита.	Опрокидываніе кзади при помощи мужскаго катетера. На широкія связки лигатуры en masse; изъ нихъ лѣвая соскользнула,- обильное кровотеченіе, остановленное губками, втолкнутыми въ рану параметріи. Авто-трансфузія. Рана такъ и оставлена. Операція около 1 часу.	Губки вынуты черезъ 6 час.; кровотеченія не повторилось. Ежедневно по 2 раза промыванія рукава. На 3 день слабительное; но первый стулъ былъ только на 5 день. T° не выше 38; п. до 120. На 14 день выписана здоровой. Рецидивъ черезъ 4½ мѣсяца.
137. Б. 34 л. Вся полость шейки превращена въ многобугристую, но не изъязвленную раковую массу. Въ обоихъ параметріяхъ,—особенно лѣвомъ,—прощупыв. раковые узлы. Матка значительно увеличена.	Послѣдовательное вылущеніе узловъ параметріи и значит. величина матки чрезвычайно затрудняли операцію. Въ раковой массѣ перерѣзанъ,—по всей вѣроятности,—лѣвый мочеточникъ.	Выздоровленіе. Осталась. fistula urethero-vaginalis. Рецидивъ черезъ 4 мѣс.
Herff. Archiv f. Gynäkol. B. XXVI. H. 2.		
138. Б. 49 л. 2-хъ родовъ. 1½ года регулы стали неправильны и обильны. Выдѣленіе на подобіе мясныхъ помоевъ съ зловоннымъ запахомъ. На задней губѣ огромная опухоль, которая отчасти переходитъ на сводъ. Опухоль—мягка, ломка, кровоточитъ. Параметріи напряжены, но не инфильтрированы. Матка кзади; увеличена; плотна. Plica Douglassii сильно укорочены.	При попыткахъ къ низведенію, появилось т сильное кровотеченіе, что рѣшились наложить выше опухоли эластич. лигатуру. Она перерѣзала всю portion. и тѣмъ усилила кровотеченіе; остановка его термокаутеромъ. Экстирп. черезъ недѣлю. Низведеніе и опрокидываніе весьма трудно, во-1-хъ, вслѣд. параметрит. сращеній, во-2-хъ, тѣмъ, что справа была нераспознанная раньше субсерозная фибромiома Опрокид. совершено больше въ бокъ. Сильное	Перемѣна тампововъ на 4-й и на 8-й день. Съ 10-го дня открытое леченіе. Встала на 13 день и вскорѣ выписалась здоровой. Черезъ 2 мѣс. рецидива нѣтъ.

Tauffer. Arch. für Gynäkol. B. XXIII. H. III	rinæ. Трудное извлеченіе матки. Тампонада іодоформ. марлей. Операція $2^1/_2$ часа.	
139. Б. 30 л. Регулы съ 16 л. 9 родовъ; послѣдніе 5 л. т. п. Послѣдніе $1^1/_2$ г. регулы стали обильнѣе и чаще. Въ цервик. каналѣ опред. изъязвленная поверхность, тянущаяся на 1 с. выше orif. intern. Port. vag. утолщена. Параметріи и ligg. sacrouterina свободны. Матка нормальна; подвижна.	Предварит. выскабливаніе. Зѣвъ закрыли завороченною книзу слизистой оболоч. portionis. На ligg. lata накладывается проволочная, помощью особой канюли автора—петля; туго затягивается; ей въ помощь шелковыя лигатуры en masse. Т-образн. дренажъ, съ поперечной за культи широк. связокъ. Тампонада рукава салициловой ватой. Снаружи юта и Т-образ. повязка	Черезъ дренажъ ничего не выдѣляется. Разорвавъ склейки, промыли 2% карбол. к. На 3 день смерть отъ септическ. перитонита.
140. Б. 28 л. Регулы съ 14 л. 4 родовъ; послѣдніе 2 г. т. н. 6 м. регулы черезъ 2 недѣли; обильны. Port. vag. увеличена, на подобіе хобота; поверхность ея изрыта—съ зловоннымъ, распадающимся отдѣленіемъ. Своды и параметріи—свободны. Матка увеличена, подвижна. Папиллярный (Klebs) канкроидъ шейки до внутренняго зѣва.	Какъ подготовительная операція—ампутація portionis. Черезъ сутки экстирп. Боковое положеніе. Послѣ разрѣза брюшина сзади и спереди захватыв. лигатурой. На основ. шир. связокъ иглою Koberle эластич. лигатура; на верхній участокъ ихъ по 3 шелковыхъ лигатуры. Перитонеальный шовъ; причемъ, въ углы раны культи широк. связокъ. Іодоформ. тампонада рукава.	Марлю удалили на 3-й день. Швы отпадали съ 17-го дня. Выписалась здоровой на 15-й день.
141. Б. 40 л. Регулы съ 16 л. Nullipara. 6 м. регулы неправильны съ водянистымъ зловоннымъ отдѣленіемъ. Зад. губа port. увеличена, мягка, хрупка, неровна, кровоточитъ. Въ зад. сводѣ на $1^1/_2$ с. изъязвленіе.	За 7 и 5 дн. до операціи повторн. выскаблив. и прижиганія. Передъ операціей выскабливаніе. Операція какъ въ предыдущ. случаѣ.	На 3-й д. t° 39,6. Удалили марлю. Ежедневныя спринцеванія сулемой. Встала на 30-й д., выписалась на 47 д. здоровой
142. Б. 44 л. Регулы съ 12 л. 8 род. 5 м. неправильныя кровотеченія и бѣли. Вмѣсто задней губы—глубокая кратерообраз., изрытая язва, распространяющаяся на сводъ и въ церв. каналъ. Въ лѣвомъ сводѣ узелъ съ грецкій орѣхъ. Матка слегка увеличена.	Выскаблив. и прижиганіе хромовой кислотой за недѣлю до экстирп. Опер., какъ въ предъидущ. случ. Удаленъ, выпавшій въ рану, правый яичникъ.	Безлихорадочное теченіе. Перитон. швы удалены на 21 д.; встала на 22. выписалась здоровой на 28 день.
143. Б. 34 л. Регулы съ 12 л. 1 роды 14 л. т. н. 9 м. т. н. появилось грязнокровянистое, зловонное истеченіе. Задняя губа portion. вполнѣ разрушена. Полость цервик. канала сплошь изъязвлена. Занятъ задній сводъ. Матка—нормальна.	Выскаблив. и прижиганіе хромовой кислотой за 12 дн. Опер., какъ въ предъпд. случаяхъ. Удаленъ, выпавшій въ рану, лѣвый яичникъ.	T° на 2-й д. 39,2; съ 4-го безлихорадочно. На 5-й удалили марлю; промыв. сулемой. Перитон. швы удалены на 22 д. На 24 встала, на 39 д. выписалась здоровой. Черезъ годъ здорова.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Schatz. Archiv f. Gyn. B. XXI. H. III.		
144. Больная 24 л. Регулы съ 14 л., черезъ 4 нед. по 3—4 дня безъ болей; 3-е родовъ, послѣдніе 2 г. т. н.; послѣднихъ 6 м. страдаетъ постоянными кровотеченіями. Carcinoma шейки, зашедшая за внутр. зѣвъ. Въ лѣвомъ параметріи плотный узелъ, недостигающій сант. на 3 до стѣнки таза	Операція по автору (см. раньше). Дренажъ.	Веденіе послѣопераціон. періода по автору (см. раньше). Дренажъ удаленъ на 6 день. На 21 день сняты швы. Въ тотъ же день оперированная выписана. Черезъ 14 нед. снова кровянисто-слизистое истеченіе. На перед. стѣнкѣ рукава узловатое утолщеніе. Смерть на 31 недѣлѣ послѣ операціи.
145. Б. 48 л. 11 родов. 5 м. регулы стали неправильны. Послѣднія 8 нед. постоянныя кровотеченія. Канкроидъ задней губы, съ незначительнымъ участіемъ рукава. Матка сильно увеличена; перегнута кзади.	По автору.	На 10 день t° 39,4; оказалось истеченіе мочи изъ рукава. Констатирована мочеточнико-рукавная фистула, затянувшаяся съ заживленіемъ раны. Опериров. выписана на 6-й недѣлѣ послѣ операціи. На 11 недѣлѣ послѣ операціи умерла отъ пнеймоніи. Рецидива не было.
146. Б. 55 л. Регулы съ 14 л., черезъ 4 нед., безболѣзненны; 6 родовъ 5 л. т. н. clymax. Около году—кровотеченія и бѣли. Port. vag. здорова; зѣвъ закрытъ. Матка увеличена соотвѣтственно 2 м-цамъ беременности.	По автору.	10 дней безлихорадочно; на 10-й день такое сильное кровотеченіе, что потребовалась тампонада. Съ 11 по 26 день t° 38,7—39,9. Встала на 34-й, выписалась на 41-й день. Полтора года спустя, рецидива нѣтъ.
147. Б. 55 л. Регулы съ 18 л. 8 родовъ 9 л. clymax. Съ годъ неправильныя, очень сильныя, въ особенности за послѣдн. 3 м-ца, кровотеченія; въ промежуткѣ—гнойныя бѣли. Полость матки сильно увеличена и цѣликомъ поражена ракомъ.	По автору. Длинный дренажъ проходилъ по рукаву черезъ всю раневую поверхность до самаго глубокаго мѣста Дугласова мѣшка, откуда конецъ его проведенъ черезъ искусственный ходъ снова въ рукавъ, гдѣ оба конца дренажа связывались между собою.	Вслѣдствіе сильнѣйшей анеміи больная не могла держаться въ сидячемъ положеніи. На 3-й д. потрясающій ознобъ, на 4-й д. смерть отъ фибринозногнойнаго перитонита. Въ полости брюшины—гнойно-фибринозная жидкость.
148. Б. 44 г. Регулы съ 15 л. Лѣтъ 13 (послѣд.) менорpагіи и бѣли; за послѣдніе 7 м-цевъ онѣ усилились. Матка—болѣе 2-хъ кулаковъ въ объемѣ; стоитъ на 8 с. выше входа въ тазъ; едва подвижна изъ за своей величины.	Вся задняя стѣнка рукава б. разсѣчена до самаго входа. Опрокидыв. матки представляло невозможныя трудности. «Извлеченіе вырѣзанной матки б. настолько-же трудно, какъ извлеченіе большой головки у застарѣвшей перво-	T° послѣ опер. 35,9 до 16-го д. не выше 38,3; на 16-й 39; далѣе—безлихорадочно. Выписалась черезъ 6 недѣль.

... боли въ крестцѣ и внизу живота. Пахов. железы не рѣзко увеличены. Изъязвленный ракъ шейки, заходящій до тѣла матки. Port. vag. разрушена. Правый параметрій занятъ весь, не доходя только на 2 с. до стѣнки таза. Lig. sacrouterin d. укорочено, утолщено.	и рукавъ засыпаны іодоформомъ.	... на 7-й день.
150. Б. 68 л. Не рожала. Около 2 лѣтъ в. сильныя, ослабляющія организмъ, бѣли и крови. Port. vag. и зѣвъ—нерожавшей. Длина полости=9,5 с. Ракъ тѣла матки.	По автору.	Высшая t° 38,2. Выписалась на 27 д. 3 м ца рецидива нѣтъ.
151. —	—	Смерть черезъ 3 часа послѣ операціи отъ кровотеченія.
152. Б. 54 л. Регулы съ 20 л., черезъ 4 нед. по 5 д. 1 роды. 7 м. т. н. появились сильныя неправильныя кровотеченія и бѣли. Шейка сильно утолщена. Объемъ матки сильно увеличенъ. Вся слизистая оболочка ея полости разрыхлена, легко кровоточитъ; съ массой распада.	По автору.	Выздоровленіе. Черезъ 6 м-цевъ рецидивъ.
153. Б. 55 л. 7 род.; послѣдн. 15 л. т. н. 12 л. clymax. 4 м. появились кровотеченія. Genitalia externa—старчески атрофированы. Port. не существуетъ. Каналъ шейки проходимъ; полость его изрыта до внутр. зѣва. Стѣнки шейки истончены. Тѣло матки норм. величины.	Рукавъ разсѣченъ вдоль, и всетаки перевязка параметріевъ б. очень затруднительна, т. к. они не растягивались вслѣдствіе старческой атрофіи.	Высш. t° 37,7, полное выздоровленіе. Черезъ 6 м-цевъ рецидива нѣтъ.
Fleischlen. Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäkol. B. XII, p. 491.		
154. Port. vag. сильно утолщена.	За нѣсколько дней до экстирпаціи сдѣлано выскабливаніе. Старыя параметрит. утолщенія лѣвой широкой связки. Сильное кровотеченіе.	Выздоровленіе.
155. Port. vag. нормальна. Въ лѣвомъ углу наружн. зѣва подозрительная язва. Микроскопически ракъ. Тѣло матки сильно увеличено.	Высокое отдѣленіе боковой клѣтчатки, благодаря чему опрокидываніе, не смотря на чрезвычайную величину матки, удалось не трудно.	Peritonitis. Выздоровленіе.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣоперaціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Schauta. Centralbl. f. Chirurg. 1888. № 2.		
156. Больная 38 л. Gravida. Опухоль передней губы; удаленіе ея. Нормальная беременность и роды. Черезъ 3 года 4 м-ца рецидивъ. Старый рубецъ здоровъ. Опухоль задней губы.	Операція не окончена.	4 года рецидива нѣтъ.
Thelen. Centr. f: Gynäkol. 1886. № 36.		
157. Больной 42 г., 9 родовъ. $^1/_2$ года неправильное кровотеченіе. На port. vag. раковое изъязвленіе въ пятимарковую монету, слегка переходитъ на рукавъ. Матка подвижна.	Дренажъ.	Первые дни лихорадитъ. Дренажъ удаленъ черезъ недѣлю. 2 г. 2 м-ца безъ рецидива.
158. Б. 58 л., 5 родовъ. $^1/_2$ года зловонныя истеченія. Шейка изъязвлена.	—	Годъ 5 м-цевъ безъ рецидива.
159. Б. 32 г. Nullipara. Неправильныя кровотеченія. Ракъ задней губы, заходящій въ тѣло.	—	Со 2 дня лихорадитъ. Peritonitis. Выписалась черезъ $4^1/_2$ м-ца. Черезъ 7 м-цевъ рецидивъ въ рубцѣ.
160. Б. 39 л., 2 родовъ; послѣдніе 4 м-ца т. н. Съ тѣхъ поръ бѣли. Язвенная эпителіома задней губы.	—	Черезъ 5 м-цевъ рецидивъ въ рубцѣ.
161. Б. 32 г., 6 родовъ, 3 аборта. Ракъ шейки, переходящій въ тѣло.	Выпаденіе сальника.	Лихорадитъ. Черезъ $2^1/_2$ недѣли выписалась.
Pawlik. Wiener klinik. 1882. № 8.		
162. Больная 35 л., 8 родовъ; послѣдніе 6 м-цевъ т. н.; послѣ этого meno-et-metrorrhagiæ. Твердая, кровоточащая, съ гусиное яйцо, опухоль задней губы.	При отдѣленіи пузыря выяснилось, что новообразов. по клѣтчаткѣ тянется до брюшины. Опрокидываніе кзади. Широкія связки по частямъ. Два толстыхъ дренажа.	До 7-го дня лихорадитъ. Частое спринцеваніе. Выздоровленіе. Черезъ 6 м-цевъ рецидивъ.
Pfannenstiel. Inaug. Dissertation. 1885. Berlin (изъ клиники Gusserow'a).		
163. Больная 33 л. Регулы съ 16 л., 2 родовъ. Полгода т. н. бѣли и боли въ пояснидѣ. Port. vag. сильно увеличена. Наружн. зѣвъ	Трудное опрокидываніе. Сильное кровотеченіе. Поранeніе пузыря. Фистула зашивается.	До 10-го дня лихорадитъ. На 20-й день непроизвольное истеченіе мочи. 2 года безъ рецидива.

неправильное кровотеченіе. Port. vag. плотна. Матка увеличена. Carcinoma corporis. Параметріи свободны.	деніи матки. Кровотеченіе незначительное. Операція 2 часа.	Смерть на 6-й день отъ sepsis. При вскрытіи: Rectum поранена.
165. Б. 35 л. Регулы съ 16 л., 8 родовъ. Давнія бѣли. Port. vag. увеличена; задняя губа занята плоской, легко кровоточащей язвой, заходящей высоко въ каналъ. Параметріи свободны. Матка подвижна.	Опрокидываніе трудно. Кровотеченіе незначительное. Удалены трубы и яичники. Выпаденіе сальника. Операція 40 мин.	Лихорадка со знобами до 18-го дня. На 6-й д. по удаленіи тампона вытекла ложка гною помимо дренажа. Выздоровленіе.
166. Б. 42 л. Регулы съ 16 л., 7 родовъ; послѣднія $4^1/_2$ года т. н. М-цъ неправильныя кровотеченія. На передней губѣ легко кровоточащая язва, идущая въ цервик. каналъ Матка подвижна.	Опрокидываніе легко. Опер. 45 мин.	Лихорадитъ. На 28-й д. выписана здоровой.
167. Б. 49 л. Регулы съ 17 л., 6 родовъ и 1 абортъ. 2 м-ца кровянистое выдѣленіе. Паховыя железы увеличены. Port. vag. увеличена. На orif. extern. глубокая, кратерообразная, легко кровоточащая язва. Тѣло увеличено; легко подвижно. Параметріи повидимому свободны.	Orif. extern. зашивается. При операціи выяснилось, что инфильтрація занимаетъ правый параметрій. Кровотеченіе незначительное. Операція 50 мин.	Безлихорадочно. На 4-й д. удалили дренажъ. На 26-й д. выписана съ рецидивомъ.
Brennecke. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 13. XII. p. 56.		
168. Больная 48 л. Nullipara. Начинающійся канкроидъ portionis. Множественныя интерстиціальныя и субсерозныя фиброміомы.	—	Умерла черезъ годъ 3 м-ца отъ phtisis. Рецидива нѣтъ.
169. Б. 43 л., 9 родовъ. Изъязвленный узелъ задней губы.	—	Выписалась черезъ 3 недѣли. $1^1/_2$ г. рецидива нѣтъ.
170. Б. 32 л., 5 родовъ. Изъязвленная carcinoma слизистой обол. шейки.	—	Лихорадитъ. Годъ и 8 м-цевъ безъ рецидива.
171. Б. 41 г. 5 родовъ. Объемистый канкроидъ portionis, переходящій на правый сводъ. Правый параметрій слегка утолщенъ. Матка не вполнѣ подвижна.	—	Въ первые 9 дн. т-ра до 39. Черезъ $1^1/_2$ м-ца рецидивъ въ рубцѣ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
172. Б. 40 л. 5 родовъ. Большой грибовидный канкроидъ, переходящій на лѣвый сводъ.	—	Выздоровленіе черезъ 3 недѣли. Черезъ полгода рецидивъ въ лѣвомъ параметріи.
173. Б. 52 г. 12 родовъ. Обильное кровотеченіе. Adenoma malignum corporis.	—	Годъ 7 м-цевъ безъ рецидива.
174. Б. 64 г. 5 родовъ. Carcinoma corporis adenomatosum.	—	Легкое отравленіе іодоформомъ. Выписалась черезъ 3½ недѣли. Черезъ 5 м-цевъ въ рубцѣ безболѣзненная опухоль въ голубиное яйцо, увеличившаяся къ 11 м-цу до размѣровъ дѣтской головки. Опухоль не чувствительна, бугриста, эластична. Общее состояніе отлично.
175. Б. 62 г. 12 родовъ. Изъязвленный ракъ шейки, заходящій на тѣло матки.	Опер. чрезвычайно трудна Удаленіе неполное.	Первые 12 д. т-ра до 38,6. На 8-й д. констатирована пузырно - влагалищная фистула. Выписана на 23 день.
176. Б. 44 л. 2 родовъ. Раковая опухоль передней стѣнки шейки съ изъязвленною поверхностію.	—	Выписалась на 16-й день. 6 м-цевъ безъ рецидива.
177. Б. 46 л. Канкроидъ передней губы.	—	Первые 10 дн. т-ра до 39,2. Выписана черезъ м-цъ. 8 м-цевъ безъ рецидива.
178. Б. 45 л. 8 родовъ. Metrorhagiae. Желудочное кровотеченіе. Asthma.	—	Выписана черезъ 17 дней. Полгода здорова.
179. Б. 58 л. 5 родовъ, 1 абортъ. Неизъязвленная раковая инфильтрація передней стѣнки шейки.	—	Черезъ 3 недѣли выписана. 8 м-цевъ безъ рецидива.
180. Б. 58 л. Объемистый канкроидъ portionis, слегка переходящій на влагалище. Лѣвый параметрій инфильтрированъ.	—	Первые 8 дн. т-ра до 39,1. Съ 5-го по 18 день явленія интоксикаціи іодоформомъ. Выписана на 23 день Удаленіе неполное слѣва.
Brennecke. l. c.		
181. Больная 47 л. 2 родовъ. Неизъязвлен-	—	Въ первые 9 дней т-ра до 39,5. Вы-

...параметріи. Матка не вполнѣ подвижна		...писана черезъ м-цъ. Черезъ 3 м-ца рецидивъ слѣва около рубца.
183. Б. 42 л. 10 родовъ. Раковая язва слизистой оболочки шейки.	—	Выписана на 15 день. 4 м-ца безъ рецидива.
184. Б. 41 г. 3 родовъ. Обильныя кровотеченія. Prolapsus vaginae; descensus uteri. Endometritis hyperplastica ovarialis.	—	Выписана на 17 день. 4 м-ца здорова.
185. Б. 49 л. 3 родовъ. Adenoma malignum cervicis.	—	Выписана черезъ 3 недѣли.
А. Н. Соловьевъ. Мед. Обозрѣніе 1881, октябрь.		
186. Больная 33 л. Регулы съ 15 л. Замуж. съ 16 л. 2 родовъ. Около 10 м. т. в. незначительн. выдѣленія крови; 4 м. обильное кровотеченіе со сгустками. Задняя губа portionis увеличена, утолщена и похожа на грибообразный наростъ дов. плотной консистенціи; поверхность новообразованія изъязвлена, легко кровоточитъ. Ligg. lata свободны. Матка подвижна, слегка увеличена.	При отдѣленіи слѣва дов. значительное кровотеченіе изъ a. uterina. Опрокидываніе кзади пальцами и мюзеемъ, края брюшины соединены швами съ соотвѣтственной слизистой рукава. Верхніе концы широкихъ связокъ б. вшиты так. обр., что культи ихъ были цѣликомъ обращены внизъ и внутрь рукава. Т-образный дренажъ; наружный конецъ котораго выходилъ на 15 с. половой щели. Операція, изъ 1 часъ.	Почти безлихорадочно. Съ 4-го дня промываніе черезъ дренажъ. Въ тотъ-же день Т-образн. дренажъ замѣненъ (извлеченіе было довольно трудно) новымъ, состоящимъ изъ 4-хъ нелятоновскихъ трубокъ. Промываніе производилось между трубками, во избѣжаніе насильственнаго вталкиванія промывной струей секрета, находящагося въ полости трубокъ. На 8 д. этотъ дренажъ замѣненъ простой дренажной трубкой. Швы удалены на 13-й д. Выписана на 20-й. Рецидивъ черезъ 5 м-цевъ.
187. Б. 53 л. Регулы съ 14 л., правильны. Замужъ на 18 г. 7 родовъ; первые на 19; послѣдн. 18 л. т. н. Clymax 11 лѣтъ. 2 г. т. н. начались сильныя бѣли; 4 м. сукровичныя выдѣленія. Port. vag. нѣсколько увеличена, плотна, изъязвлена, бугриста. Наружн. зѣвъ представл. кратерообразн. углубленіе. Изъязвленіе слѣва доходитъ до свода. Матка мала (atrophia senilis), подвижна.	Вскрыть брюшину спереди автору не удалось: «пролагая мало-по-малу путь ножницами все дальше и дальше кверху, онъ дошелъ до задней стѣнки матки и т. обр. вырѣзалъ слизистую оболочку съ бо́льшею частію мышечнаго слоя, оставивъ остальную часть послѣдняго съ серознымъ покровомъ на мѣстѣ». Дренажъ изъ 4-хъ нелятоновск. катетровъ.	Съ 2-хъ сутокъ промыванія и аспираціи черезъ дренажъ каждые три часа. На 3 сутки первый дренажъ замѣненъ Т-образнымъ. На 6-й д. дренажъ удаленъ; первый стулъ. Обмороженіе наружныхъ покрововъ живота отъ пузыря со льдомъ. На 15 д. встала. Безъ рецидива годъ и 8 м-цевъ.
188. Б. 35 л. Регулы съ 15 л. Замужъ на 17 г. 8 родовъ; послѣдн. 3 г. т. н. Послѣдн. $1\frac{1}{2}$ года обильныя менорррагіи. Въ промежуткахъ между ними разъѣдающія бѣли. Вся portio очень плотна; особенно справа и сзади, гдѣ прощупывается еще болѣе плотный узелъ	Разрѣзъ брюшины спереди по Schröder'y; это было трудно и заняло много времени. Опрокидываніе кзади; трудно. Удалены оба яичника: лѣвый, выпавшій въ рану и правый перерожденный. Во время операціи ослабленіе дѣятельности сердца. Excitantia. Выпаденіе	Съ 2-хъ сутокъ промыванія, при которыхъ появлялся приступъ сильнѣйшихъ болей, доводившихъ оперированную до безсознанія. На 14-й д. смѣна дренажа на обыкновенную трубку. Безъ рецидива 1 годъ и 6 м-цевъ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной
съ горошину. Слизистая portionis совершенно неподвижна. Параметріи свободны. Матка увеличена; совершенно подвижна.	сальника. Паренхиматозное кровотеченіе остановлено *сшиваніемъ* краевъ широкихъ связокъ. Т-образный и дренажъ. Опер. 1 ч. 20 м.	
А. Н. Соловьевъ. Мед. Обозрѣніе 1881. Октябрь. **189.** Больная. 32 л. Регулы съ 17 л. Замуж. на 18 году. 10 род.; послѣдн. $2^1/_2$ г. т. н. появились несвоевременныя кровотеченія, усилившіяся, послѣдн. 5 м-цевъ. Port. vag. увеличена въ 7—8 раз., изъязвлена, мягка, легко ломается, причемъ сильно кровоточитъ. Слѣва изъязвленіе переходитъ на сводъ. Параметріи свободны. Матка подвижна.	До вскрытія брюшины ампутація шейки, что значительно облегчило операцію. Выпаденіе сальника. Удаленіе обоихъ яичниковъ. Кровотеченіе дов. значительное. Т-образвый дренажъ. Опер. 2 часа.	На 4-я сутки Т-образный дренажъ замѣненъ обыкновенной трубкой. На 5-я сутки слабительное; на 6-я удаленъ дренажъ. Встала на 17 день. Дальнѣйшихъ свѣдѣній нѣтъ.
190. Б. 45 л. Регулы на 12 г., черезъ $3^1/_2$ нед. по 3 д. Замуж. съ 16 л. 12 род. и 1 абортъ. Первые роды на 17-мъ, послѣдн. 9 л. т. н. Послѣдн. 7 м-цевъ меноррагія, очень ослабившая больную. Port. vag. увеличена, бугриста, тверда, мѣстами ломка, кровоточаща. Слѣва пораженіе до свода, причемъ оно идетъ на широкую связку. Въ заднемъ сводѣ прощупывается узелъ съ горошину. Матка ограниченно подвижна.	Низведеніе очень трудно. Ткань рвется,— кровотеченіе т. сильно, что принуждены были прижать аорту. Въ лѣвой широкой связкѣ оставлена часть новообразованія. Дренажъ.	Безлихорадочно. Дренажъ удаленъ на 5-й д. Встала на 13-й д. Черезъ 4 м-ца въ лѣвой широкой связкѣ опухоль величиною съ лимонъ. Смерть черезъ $6^1/_2$ м. послѣ операціи.
191. Б. 48 л. Регулы съ 18 л. Многорожавшая. Нѣсколько лѣтъ меноррагіи; теперь метроррагіи. Port. vag. не велика; задняя губа разрушена почти до свода. Въ правой шир. связкѣ инфильтрація. Матка значительно увеличена; легко подвижна.	Наложеніе лигатуръ съ правой стороны пришлось дѣлать какъ разъ на границѣ новообразованія съ здоровою тканью широкой связки, на которой замѣченъ уже инфильтратъ. Опер. болѣе 2 часовъ.	t⁰ «временами» до 3 д. Дренажъ удаленъ на 5-й день. Лигатуры отпадали постепенно, начиная съ 5-го дня. Рецидивъ.
192. Б. 39 л. Регулы съ 13 л.; черезъ 3 нед. по 5 д. Замуж. съ 18 л. 10 род. и 3 аборта. Первые роды на 28; послѣдній абортъ 3 г. т. н.; съ какого времени кровотеченія и бѣли. Б. истощена; съ малымъ, частымъ (80—90) пульсомъ. Перегнутая назадъ матка	Операція удалась безъ особыхъ затрудненій.	На 5-й д. смерть при явленіяхъ коллапса. Вскрытія не было.

	Остановлено сшиваніемъ края брюшины со слизистой рукава; тампонъ.	Тампонъ удаленъ черезъ 26 час. Выдѣленія съ сильнымъ гнилостнымъ запахомъ. Смерть на 4-й д. при явленіяхъ септическ. воспалевія брюшины.
194. Б. 42 л. Влагалищная часть представлялась, — повидимому, — настолько плотною, что никакъ нельзя было ожидать той ломкости ткани, вслѣдствіе которой, при низведеніи матки, щипцы рвали кусками portion. vaginalem, что сильно замедляло операцію.		Умерла на 3-й день при явленіяхъ септическаго перитонита.
195. Б. 46 л. Регулы съ 14 лѣтъ. Замужемъ 17 лѣтъ. 1 абортъ и 1 роды; послѣдн. 22 г. т. н. 8 м. т. н. боли въ поясвицѣ и кровотеченія, смѣняющіяся бѣлями. Влагалищная часть увеличена; задняя губа плотна; бугриста; слизистая оболочка portionis утолщена, неподвижна. Подвижность матки нормальна; въ сводахъ никакихъ «аномалій».	Операція гладкая. Дренажъ.	T° не повышалась болѣе 38,2. На 17-й день встала; на 40 выписана совершенно здоровой.
С. С. Заяицкій. Полная экстирпація раково-перерожденной матки черезъ влагалище въ 30 случаяхъ. Диссертація. 1881. Москва.		
196. Больная. 62 л. Многорожавш. 4 м-ца сукровичное истеченіе, замѣнившееся кровотеченіемъ. Кавкроидъ съ дѣтскій кулакъ; пораженъ передвій сводъ. Матка подвижна, параметріи—свободны.	Удалены оба яичника. Кровотеченіе незначительное. Т-образн. дренажъ. Опер. $1^1/_4$ ч	Безлихорадочно. На 6-й д. удаленъ дренажъ. Съ 10-го дня отходятъ лигатуры. Къ концу 3 недѣли линеарный рубецъ. Выписана черезъ м-цъ. Почти 4 года безъ рецидива.
197. Б. 40 л. Около полгода метроррагіи. Carcinoma colli. Матка подвижна.	Удалены оба яичника. Сильное кровотеченіе. Тампонъ для остановки крови. Т-образн. дренажъ. Опер. $1^1/_2$ ч.	Знобы; нитевидный пульсъ. Смерть на 2 й д. отъ коллапса.
198 Б. 35 л. Около полгода неправильныя кровотеченія. Carcinoma colli съ переходомъ на задній сводъ. Матка подвижна. Параметріи свободны.	Удалены оба яичника. Слѣва соскочила лигатура съ art. uterina,—сильнѣйшее кровотеченіе. Сшиваніе угловъ раны. Т-образн. дренажъ.	Въ началѣ 2 сутокъ смерть отъ коллапса.
199. Б. 45 л. 4 м-ца неправильное кровотеченіе. Carcinoma colli съ переходомъ на задвій сводъ. Матка низводится хорошо.	Удалевы оба яичника Т-образн. дренажъ, безъ зашиванія сводовъ. Кровотеченіе незначительное. Опер. $1^1/_4$ ч.	Безлихорадочно. Черезъ 2 нед. линеарный рубецъ. Выздоровленіе.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣоперaціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
200. Б. 36 л. Нѣсколько м-цевъ бѣли и кровотеченія. Матка нормальной величины и консистенціи; вполнѣ подвижна. Узловато ульцерированная форма рака шейки. Параметріи свободны.	Наружный зѣвъ сшитъ. Матка трудно низводится. Удалены оба яичника. Т-образн. дренажъ. Опер. 2 часа.	Съ небольшимъ повышеніемъ t°. Выздоровленіе. Черезъ нѣсколько м-цевъ смерть отъ рецидива.
201. Б. 45 л. 9 род.; послѣдн. 5 л. т. н. Около 2 л. бѣли; три м-ца постоянное кровотеченіе. Ракъ шейки до сводовъ. Матка подвижва; хорошо низводится, параметріи свободны. Правый яичникъ твердый, увеличенный втрое, подвижный.	Дренажъ. Яичники не удалены. Опер. 1 ч.	На 3-й д. знобъ. На 4-й д. смерть отъ рожистаго воспаленія.
202. Б. 54 л. 4 род. 1 год. clymax. Около полгода кровотеченія, бѣли и боли въ животѣ. Узловато ульцерированная форма рака шейки. Матка слегка увеличена и наклонена назадъ.	Удалены оба яичника. Матка плохо низводится вслѣдствіе адгезивнаго периметрита. Дренажъ. Опер. $1^1/_2$ часа.	Смерть на 4-й д. отъ перитонита.
203. Б. 54 л. 5 л. clymax. Около 3 м-цевъ кровотеченіе. Corcinoma colli. Матка подвижна. Своды и параметріи свободны.	Легкая операція. Удалены оба яичника. Опер. 1 часъ. Т-образн. дренажъ.	Нѣсколько дней упорная рвота каломъ и желчью. Смерть на 7 д. отъ перитонита.
204. Б. 54 л. Carcinoma colli. Низведеніе матки неполное; хотя клѣтчатка повидимому здорова.	Удалены оба яичвика. Т-образн. дренажъ. Опер. 1 часъ.	На 2 д. t° 38,5; потомъ нормальна. Отъ дренажа, который удаленъ на 14-й день, катарръ рукава, уретры и пузыря. Выздоровленіе черезъ 2 м-ца. Рецидивъ черезъ годъ.
205. Б. 45 л. Многорожавш. Около 10 мѣсяцевъ ихорозное отдѣленіе. Cancer colli съ пораженіемъ свода. Матка низводится удовлетворительно, параметріи повидимому здоровы.	Низведеніе uterustractor'омъ Barnays'a. Трудное опрокидываніе, вслѣдствіе периметрита. Удалены оба яичника. Т-образн. дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Выписана черезъ $1^1/_2$ м-ца здоровою. Черезъ 4 м-ца рецидивъ.
206. Б. 38 л. Узловатая форма рака шейки. Низведеніе матки удовлетворительно.	Uterustractor Barnays'a. Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Выписана черезъ мѣсяцъ.
207. Б. 30 л. Carcinoma colli съ уничтоженіемъ влагалищной части.	Uterustractor Barnays'a. Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 40 мин.	Безлихорадочно. Выписава черезъ 20 двей. Около 2 лѣтъ безъ рецидива.
	[illegible]	Умерла на 5-й д. отъ септическаго [illegible]

низводится трудно. Параметріи свободны.	Опер. 3 часа.	
209. Б. 33 л. Около 4 м-цевъ сукровичныя бѣли. Carcinoma colli съ пораженіемъ задняго свода. Матка низводится хорошо.	Uterustractor Barnays'a. При операціи оказалось оплотненіе клѣтчатки спереди. Былъ пораненъ пузырь; зашитъ. Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 1 часъ.	На 5-й д. смерть отъ септическаго перитонита.
210. Б. 47 л. Многорожавшая въ началѣ clymactis появились метроррагіи и бѣли. Carcinoma colli. Матка нѣсколько увеличена, подвижна и хорошо низводится. T^{0} повышена.	Uterustractor. Кровотеченіе довольно значительное. Удалены оба яичника. Т-образн. дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Выписана здоровою через мѣсяцъ.
211. Б. 30 л. Carcinoma colli съ пораженіемъ задняго свода. Низведеніе повидимому хорошо.	Uterustractor. Удалены оба яичника. Т-образн. дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Черезъ 40 дней выписана здоровой.
212. Б. 56 л. Около 9 м-цевъ сукровичное отдѣленіе. Carcinoma colli, распространяющаяся на слизистую тѣла.	Безъ опрокидыванія. Іодоформенный тампонъ. Опер. 40 мин.	Безлихорадочное выздоровленіе черезъ $1^{1}/_{2}$ м-ца. Черезъ полгода рецидивъ.
213. Б. 48 л. Больная 6 м-цевъ. Cancroid portionis и задняго свода.	Дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Дренажъ удаленъ на 4 день. Выздоровленіе черезъ 2 недѣли.
214. Б. 37 л. Carcinoma corporis.	Операція начата per vaginam, а окончена вслѣдствіе значительн. величины матки и плохаго низведенія per laparotomiam. Удалены оба яичника. Кровотеченіе значительное. Іодоформенный тампонъ. Опер. 1 часъ.	Смерть на 2-й д. отъ коллапса.
215. Б. 37 л. Узловатая форма рака шейки. Матка низводится удовлетворительно.	Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 45 мин.	Безлихорадочно. Черезъ 3 недѣли выписана здоровой.
216. Б. 42 л. Узловатая форма рака шейки. Узлы на заднемъ сводѣ и задней стѣнкѣ рукава.	Техника затруднена адгезивнымъ периметритомъ. Удалена часть влагалищной стѣнки. Дренажъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочно. Выздоровленіе черезъ $1^{1}/_{2}$ мѣсяца.
* **217.** Б. 32 л. Больна 4 м-ца. Carcinoma colli съ пораженіемъ задняго свода. Матка увеличена вдвое, но подвижна.	Значительная трудность вслѣдствіе увеличенія и фиброзныхъ сращеній матки. Разрѣзъ матки по P. Müller'у. Удалены оба яичника. Кровотеченіе не обильное. Дренажъ. Опер. 2 часа.	Безлихорадочно. Выздоровленіе черезъ 20 дней. Около года безъ рецидива.
218. Б. 36 л. Многорожавш. Больна $2^{1}/_{2}$ м-ца. Узловатая форма рака шейки. Инфильтрацій нигдѣ нѣтъ.	Удалены оба яичника. Дренажъ Billroth-Mikulicz'a. Опер. 50 мин.	Дренажъ удаленъ на 4 день. Безлихорадочное выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣопераціонный періодъ; исходъ операціи. Дальнѣйшая судьба оперированной.
219. Б. 30 л. Carcinoma colli	Uterustractor. Удалены оба яичника. Дренажъ Billroth-Mikulicz'a. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочное выздоровленіе.
220. Б. 30 л. Многорожавшая Больна 5 мѣцевъ. Узловатая форма рака шейки. Пораженіе всей port. vag. и части задней стѣнки рукава. Въ лѣвомъ параметріи узелъ съ лѣсной орѣхъ. Матка увеличена, съ перегибомъ назадъ.	Uterustractor. Много времени употреблено на удаленіе узла въ лѣвомъ параметріи. Низведеніе было трудное. Удалены оба яичника. Дренажъ Billroth-Mikulicz'a. Опер. $1^1/_4$ час.	Дренажъ удаленъ на 4 день. Безлихорадочное выздоровленіе черезъ 3 недѣли.
221. Б. 53 л. Больна 4 м-ца. Cancroid port. vag. съ распространеніемъ на переднюю стѣнку рукава. Матка атрофирована; хорошо низводится. Параметріи свободны.	Удалены оба яичника. Дренажъ Billroth-Mikulicz'a. Опер. $^1/_2$ часа.	Дренажъ удаленъ на 4 день. Безлихорадочное выздоровленіе черезъ $3^1/_2$ недѣли.
222. Б. 50 л. Больна 5 м-цевъ. Cancroid port. vagin.	Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 1 ч.	Безлихорадочное выздоровленіе черезъ 3 недѣли.
223. Б. 35 л. Carcinoma colli съ пораженіемъ передняго свода.	Удалены оба яичника. Дренажъ. Опер. 1 ч.	Безлихорадочное выздоровленіе.
224. Б. 50 л. Cancroid. port. vagin. съ пораженіемъ лѣваго свода.	Удалены оба яичника. Іодоформен. тампонъ. Опер. 1 часъ.	Безлихорадочное выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
225. Б. 65 л. Carcinoma colli. Клѣтчатка около пузыря и rectum инфильтрированы. Входъ рукава очень узокъ.	Опрокидываніе кпереди. Часть инфильтрата въ задней клѣтчаткѣ не могла быть удалена безъ раненія rectum, а потому оставлена. Тампонъ. Удалены оба яичника. Опер. 50 мин.	На 3 день задержка отдѣленій; тампонъ замѣненъ дренажемъ Billroth-Mikulicz'a. Черезъ 2 недѣли выздоровленіе.
Д. О. Оттъ. Журн. акуш. и женск. болѣзн. 1887. № 12, ст. 981.		
226. Б. 37 л. 1 роды. 2 м-ца кровянистыя выдѣленія. Cancroid port. vagin.	Матка удалена запрокидываніемъ назадъ.	Выздоровленіе. Болѣе 2 лѣтъ безъ рецидива.
227. Б. 40 л. 10 род., послѣдн. годъ 7 м. т. н. Около полугода бѣли, кровянистыя выдѣленія и боли. Раковый процессъ разрушилъ весь каналъ шейки; своды повидимому свободны.		Вслѣдствіе зловонныхъ выдѣленій на 10-й день, тампоны удалены. Единичное повышеніе t° до 38,7. Черезъ 5 м-цевъ рецидивъ.
228. Б. 43 л. 1 роды 11 л. т. н. 5 м. боли и кровянистослизистыя отдѣленія. Лѣвый сводъ		Выздоровленіе. Черезъ 11 м-цевъ рецидивъ.

229. Б. 53 л. Nullipara. $2^1/_2$ г. тому назадъ clymax. Около 2 л. неправильное кровотеченіе съ запахомъ. Входъ въ рукавъ очень узокъ. Port. vag. немного увеличена; норм. формы. Матка 11—12 сент.; въ кулакъ величиною; вполнѣ подвижва. Своды повидимому свободны. Съ діагностическою цѣлью сдѣлано выскабливаніе, причемъ констатировано чрезвычайное истопченіе стѣнокъ матки. Послѣ выскабливанія повторные знобы; t° до 39,8.	Perineotomia. Значительное затрудненіе при извлеченіи матки, вслѣдствіе ея объема и отчасти крайней неустойчивости ея тканей, которыя легко рвались.	Только первыя сутки t° 38,4; остальное время нормально. На 2-й д. выдѣленіе изъ половыхъ частей мочи («вѣроятно изъ пораненнаго мочеточника»). Черезъ м-цъ рецидивъ.
230. Б. 37 л. 2 род. Около м-ца т. н. боли, исхуданіе, усиленіе бѣлей. Влагал. часть представляетъ «измѣненія, характерныя для cancroid'a» (Оттъ).	Вслѣдствіе срощенія, значительное затрудненіе при низведеніи матки.	Выздоровленіе. Рецидивъ черезъ 10 м-цевъ.
231. Б. 40 л. 1 абортъ и 3 род. Послѣдн. 13 л. т н. $2^1/_2$ м-ца кровянистыя отдѣленія съ запахомъ. Лихорадитъ Cancroid влагалищ. части. Новообразованіе распространяется очень близко къ моч. пузырю.	—	Выздоровленіе. Рецидивъ черезъ три м-ца.
232. Б. 42 л. 4 род. Послѣдн. 17 л. т. н. Давнія бѣли и боли усилились за послѣдн. 5 лѣтъ. Cancroid влагал. части.	—	Послѣ операціи коллапсъ. Первые 18 час. anuria. Въ дальнѣйшемъ гладко.
233. Б. 32 л. 6 род. Послѣдн. 2 м-ца т. н. Около 3 лѣтъ бѣли; за послѣдн. беремен. приняли кровяную окраску. Cancroid влагал. части.	—	Вполнѣ гладкое поправленіе.
234. Б. 41 г. 4 род. Послѣдн. 14 л. т. н. Около году бѣли, которыя 3 м-ца усилились и сдѣлались зловонными. Cancroid влагал. части.	—	Черезъ 2 м-ца въ рубцѣ опредѣляется уплотненіе.
235. Б. 40 л. Nullipara. 3 м-ца кровотеченіе. Матка не увеличена, вполнѣ подвижна; своды совершенно свободны. Adenoma malignum.	—	Поправленіе вполнѣ гладкое.
236. Б. 45 л. 5 родовъ послѣдн. 6 л. т. н. нѣсколько лѣтъ бѣли, усилившіяся за послѣдн. годъ. 2 м-ца онѣ грязны, зловонны. Своды свободны. Матка вполнѣ подвижна. Cancroid влагал. части.	—	Безлихорадочно. Черезъ 2 недѣли выписана.

Анамнезъ и данныя изслѣдованія.	Особенности операціи.	Послѣоперaціонный періодъ; исходъ операціи Дальнѣйшая судьба оперированной.
Проф. *Н. Н. Феноменовъ*. Дневникъ Общ. Врачей при Казанск. Унив. 1886, 5 марта, ст. 101.		
237. Больная 36 л. Замуж. на 20 г. 5 родовъ, послѣдв. 15 л. т. н. Больна больше года. Влагал. часть увеличена; передняя губа больше задвей. На обѣихъ губахъ изъязвленія 2—4 mm. Матка подвижва; своды свободны.	Опрокидываніе кзади. Выпаденіе кишекъ, праваго яичника и трубы; послѣдніе были удалены. Т-образн дренажъ. Опер. $2^1/_2$ часа.	Т-ра ве выше 38,2. Тошнота и рвота. Съ 4 дня легкая пища, на 5-й д. удаленъ дренажъ. На 14-й сняты швы. Годъ безъ рецидива.
238. Б. 36 л. Больна 3 м-ца. Матка подвижна; своды свободны; влагалищ. часть увеличена, плотна. Въ цервик. каналѣ опредѣляются шероховатыя, изъязвленныя мѣста.	Операція in situ. Брюшина соединяется швами со слизистой рукава. Древажъ.	Выздоровленіе. 9 м-цевъ безъ рецидива.
239. Б. 39 л. Больна 3 м-ца. Вмѣсто влагал. части прощупывается твердая, бугристая, довольно подвпжная, величиною съ вебольшее яблоко опухоль. Сзади опухоль доходитъ почти до свода.	Операція такъ же какъ и въ предыдущемъ случаѣ.	Выздоровленіе. 6 м-цевъ безъ рецидива.
240. Б. 37 л. Больна 2-й годъ. Кровотеченіе по 2—3 ведѣли. Влагалищ. часть съ выворочевными губами; ва передней изъ нихъ небольшія изъязвленія съ хрящеватыми краями. (Діагвозъ—ракъ шейки).	Операція какъ въ 2-хъ предъидущихъ случаяхъ.	Выздоровленіе. 5 м-цевъ безъ рецидива.
241. Б. 31 г.; годъ сукровичныя бѣли; полгода обильныя кровотеченія. Матка увеличена, плотна, подвижность ея ограничева. Влагалищ. часть увеличена; губы ея изъязвлены; изъязвленіе тянется въ цервик. каналъ.	Операція такъ же какъ въ трехъ предыдущихъ случаяхъ.	Смерть на 9-й день отъ истощенія.
Шиле. Врачъ, 1886. № 40.		
242. Больная 31 г. 5 родовъ 1 абортъ. Годъ 9 м-цевъ необильныя, но постоянныя кровотеченія. Влагалищ. часть увеличена, тверда, изъязвлена, легко кровоточитъ. Язва распространяется справа на стѣнку влагалища. Матка нормальной величины.	Обкалываніе производилось лигатурвыми крючками съ двойной ниткой. Такихъ лигатуръ потребовалось 8-мь для передняго и задняго сводовъ и по 1-й (надежной, Шиле) для широкихъ связокъ (! мое); удаленіе яичниковъ. Слизистая рукава соединена швами съ брюшиной. Отверстіе раны уменьшено перекручиваніемъ лигатуръ. Тампонъ. Операція	На 3 день т-ра 38,6. Въ дальнѣйшемъ хорошо. Выписалась черезъ м-цъ.

Грамматикати. Врачъ. 1887. № 3.		
243. Больная 35 л. 7 родовъ. 3 м-ца постоян. кровотеченія. На задней губѣ легкокровоточащая язва, переходящая на наружную слизистую portionis; вверхъ язва тянется на 2—3 сент. Матка подвижна; мало смѣщается книзу, полость ея 7 сант.	Задній сводъ вскрытъ на $1\frac{1}{2}$ сант. ниже мѣста прикрѣпленія. Опрокидываніе кзади. Брюшина сшита со слизистой рукава. Отверстіе раны съужено 4 швами. Вставленъ дренажъ.	Первые два дня т-ра до 39,3, потомъ не выше 37,8. На 4-й д. удалили тампонъ; ежедневное повторное спринцеваніе сулемой. На 10-й д. сильное кровотеченіе, остановленное тампонадой. Черезъ м-цъ выздоровленіе.
Проф. *Рейнъ*. Таблица изъ диссертаціи Заяицкаго.		
244. Больная 42 л. Cancer uteri. Матка величиной какъ при беременности 3 м-цевъ.	Вскрытіе задняго Дугласова пространства, потомъ передняго. Раненіе мочеваго пузыря. Перевязка правой связки in situ. Перевязка лѣвой послѣ запрокидыванія.	Выздоровленіе. Fistula vesico-vaginalis. Около $2\frac{1}{2}$ года безъ рецидива.
245. Б 42 л. Cancer uteri.	Вырѣзываніе матки in situ. Часть раковаго инфильтрата не удалось удалить.	Выздоровленіе. Смерть черезъ 2 м-ца отъ рецидива.
246. Б. 38 л. Cancer colli.	Перекидываніе дна матки кзади. Раненіе мочеваго пузыря.	Выздоровленіе. Fistula vesico-vaginalis. Безъ рецидива $1\frac{1}{2}$ года.
247. Б. 27 л. Cancer colli.	Перекидываніе матки кпереди.	Выздоровленіе безъ осложненія.
248. Б. 44 л. Cancer colli.	Перевязка связокъ послѣ запрокидыванія матки кпереди по Fritsch'у.	Тоже.
249. Б. 57 л. Cancer uteri.	Перевязка связокъ послѣ запрокидыванія матки впередъ.	Смерть на 9 день отъ перитонита.
250. Б. 50 л. Cancer colli.	Тоже.	Выздоровленіе. Смерть спустя болѣе года отъ нарыва въ мозгу. Отсутствіе рецидива доказано микроскопически.
251. Б. Около 40 л. Cancer colli.	Тоже.	Смерть на 3-и сутки отъ острой септицеміи.
А. И. Байковъ. Врачъ. 1884. № 42.		
252. Б. 47 л. 8 родовъ. $\frac{1}{2}$ г. кровотеченія. на передн. и частію задней губ. язва. Матка подвижна.	Операція in situ. Брюшина сшивается со слизистой рукава. Дренажъ.	Выздоровленіе. 3 года безъ рецидива.
Онъ же. Врачъ. 1885. № 15.		
253. Б. 47 л. Матка на 3 п. выше симфизы, малоподвижна.	Въ полости тампонъ и іодоформенный карандашъ. Зѣвъ зашитъ. Опрокидываніе пальца per rectum. Дренажъ.	Дренажъ удаленъ черезъ 12 дней. Выздоровленіе.

Случаи менѣе подробно описанные.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
Операціи 1880 года.	
Martin. Berlin. klin. Woch. 1887. № 5.	
1. Carcinoma colli. Узлы въ широкой связкѣ.	Рецидивъ въ теченіи 1 года.
2. Carcinoma colli.	Жирное сердце. Collapsus.
3 Idem.	Рецидивъ.
4. Idem.	Смерть. Умерла на 4 день „вслѣдствіе промыванія брюшины“.
5. Idem.	Рецидива нѣтъ. $1^{3}/_{4}$ ч. послѣ операціи умерла отъ phtisis.
6. Idem.	Маленькія железы подъ peritoneum. Collapsus. Смерть.
7. Idem.	Параметрій инфильтриров. Смерть.
8. Carcinoma corporis.	Рецидива нѣтъ 6 лѣтъ.
9. Carcinoma colli.	Рецидивъ черезъ $1^{1}/_{4}$ г. послѣ операціи.
Операціи 1881 года.	
10. Carcinoma corpis.	Рецидива нѣтъ 5 лѣтъ 9 мѣсяцевъ.
11. Carcinoma colli. Инфильтрація широкой связки.	Рецидивъ въ концѣ года.
12. Carcinoma colli.	Рецидивъ. Смерть черезъ 1 годъ.
13. Idem.	Смерть на 10 д. отъ collapsus.
14. Idem.	Рецидивъ въ связи съ операціей.
15. Idem.	Рецидива нѣтъ 5 л. 4 м.
16. Idem.	Рецидивъ. Умерла черезъ $^{1}/_{2}$ года.
17. Idem.	Рецидивъ черезъ 2 мѣсяца.
18. Idem.	Рецидива нѣтъ 3 г. 6 м.
Операціи 1882 года.	
19. Carcinoma colli.	Рецидива нѣтъ 3 г. 5 м. Phtisis. Смерть безъ рецидива.
20. Carcinoma corpis.	Черезъ 4 года 1 м. Рецидива нѣтъ. Слаба.
21. Carcinoma colli. Инфильтрація широкой связки.	Смерть отъ sepsis.
22. Carcinoma corpis.	Черезъ 4 г. carcinoma ovarii.
23. Carcinoma colli.	Рецидива нѣтъ 3 г. 7 м.
24. Idem.	Рецидивъ.
25. Carcinoma colli. Carcinoma peritonei.	Рецидивъ черезъ 3 мѣсяца.
26. Carcinoma corporis.	Смерть на 4 день отъ collapsus.
27. Carcinoma colli.	Рецидивъ.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
28. Idem.	Рецидива нѣтъ 2 г. 10 мѣсяцевъ.
29. Adenocarcinoma corporis.	Рецидива нѣтъ 3 г. 2 мѣсяца.
30. Carcinoma colli. Маленькія железы въ широкой связкѣ.	Умерла отъ рецидива черезъ 1 годъ
31. Adenocarcinoma corporis.	Рецедива нѣтъ 3 г. 8 мѣсяцевъ.
32. Carcinoma corporis.	Рецидива нѣтъ 4 года.
33. Carcinoma colli.	Рецидивъ.
34. Carcinoma colli. Инфильтрація железъ.	Рецидивъ вскорѣ послѣ операціи.

Операціи 1883 года.

35. Carcinoma corporis.	Рецидива нѣтъ 3 года 8 мѣсяцевъ.
36. Carcinoma colli.	Рецидива нѣтъ 3 г. 10 м.
37. Carcinoma colli и задняго свода. Желез. инфильтрированы.	Рецидивъ черезъ 14 дней послѣ операціи.
38. Carcinoma colli.	Рецид. нѣтъ 3 г. 4 мѣсяца.
39. Carcinoma colli. Инфильтрація железъ.	Неизвѣстно.
40. Carcinoma corporis.	Рецид. нѣтъ 2 г. 7 мѣсяцевъ.
41. Idem.	Рецидива нѣтъ 2 г. 8 мѣсяцевъ.
42. Carcinoma colli. Лѣвый параметрій инфильтрированъ.	Рецидивъ черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи.
43. Carcinoma colli. Оба параметрія инфильтрированы.	Кахексія. Умерла безъ мѣстнаго рецидива.

Операціи 1884 года.

44. Cancroid. colli et vaginæ.	Рецидива нѣтъ 2 г. 11 м.
45. Cancroid задней губы.	Рецидива нѣтъ 2 г. 10 м.
46. Carcinoma corporis.	Рец. нѣтъ 2 г. 11 м.
47. Carcinoma colli.	Рец. черезъ 3 мѣсяца.
48. Carcinoma corporis.	Рец. нѣтъ 2 г. 10 м.
49. Карциноматозные узлы шейки.	Рец. нѣтъ 2 г. 2 м.
50. Carcinoma colli.	Рец. нѣтъ 2 г. 4 мѣсяца.
51. Idem.	Рецид. черезъ 5 мѣсяцевъ.
52. Idem.	Рецид. нѣтъ 2 г. 2 м.
53. Idem.	Смерть на 10 д. отъ collapsus.
54. Carcinoma colli. Лѣвый параметрій инфильтрир.	Рецидивъ черезъ 3 мѣсяца.
55. Carcinoma corporis.	Смерть на 3 нед. послѣ операціи отъ гнойн. бронхита.
56. Carcinoma colli.	Рец. нѣтъ 2 года.

Операціи 1885 года.

57. Carcinoma colli. Colpitis adhaesiva.	Рецид. нѣтъ 1 г. 8 м.
58. Carcinoma colli. Лѣвый параметрій инфильтрированъ.	Слѣва осталась инфильтрація.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
59. Carcinoma colli.	Рец. нѣтъ 1 г. 6 м.
60. Carcinoma colli и задняго свода.	Слѣва осталась инфильтрація.
61. Cancroid передней губы. Разрывъ шейки.	Рецидивъ черезъ 1 г. 2 м.
62. Carcinoma colli.	Слѣва осталась инфильтрація.
63. Idem.	Рец. нѣтъ 1 г. 9 м.
64. Idem.	Смерть на 5 д. послѣ операціи отъ sepsis.
65. Carcinoma corporis.	Рец. нѣтъ 1 г. 7 м.
66. Carcinoma colli.	Рец. нѣтъ 1 г. 6 м.
67. Idem.	Рец. нѣтъ 1 г. 3 м.
68. Idem.	Рец. черезъ 1 г. 3 м.
69. Idem.	Рецид. черезъ годъ.
70. Idem.	Рецид. нѣтъ 1 г. 2 мѣсяца.
71. Idem.	Смерть на 16 д. послѣ операціи отъ sepsis.

Операціи 1886 года.

72. Carcinoma colli.	Смерть на 6 д. послѣ операціи отъ sepsis.
73. Carcinoma colli. Влагалищная клѣтчатка инфильтрирована.	Рецидивъ черезъ 4 мѣсяца.
74. Carcinoma colli.	Рецид. черезъ 6 мѣсяцевъ.
75. Cancroid задней губы.	Рецид. черезъ 8 мѣсяцевъ.
76. Carcinoma cervicis.	Рецид. черезъ 10 мѣсяцевъ.
77. Сильно распавшаяся карцинома тѣла. Инфильтрація съ обѣихъ сторонъ.	Рецид. черезъ 4 мѣсяца.
78. Carcinoma colli.	Рецид. черезъ 6 мѣсяцевъ.
79. Idem.	Рецид. нѣтъ 8 мѣсяцевъ.
80. Idem.	Смерть на 4 нед. послѣ операціи отъ септическ. перитонита.
81. Idem.	Безъ рецидива 5 мѣсяцевъ.
82. Carcinoma colli.	Carcinoma peritonei.
83. Carcinoma colli. Позади брюшинныя железы.	Умерла на 3 д. отъ collapsus. Перитонита нѣтъ.
84. Carcinoma colli. Позади брюшинныя железы.	Умерла на 4 д. послѣ операціи отъ кровотеченія.
85. Idem.	Кахектична. Смерть черезъ 2 недѣли.
86. Carcinoma colli.	Безъ рецидива 5 мѣсяцевъ.
87. Carcinoma colli. Позади брюшинныя железы.	Безъ рецидива 3 мѣсяца.
88. Carcinoma colli.	Безъ рецидива 2 мѣсяца.
89. Carcinoma colli. Железы въ широкихъ связкахъ.	Рецид. черезъ 2 мѣсяца.
90. Carcinoma colli.	
91. Idem.	Смерть черезъ 17 дней, эмболія.
92. Idem.	Смерть на 10 д., sepsis.

Операціи 1887 года.

93. Carcinoma corporis.	
94. Cancroid portionis.	

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.

Операціи 1880 года.

Hofmeier. Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäkol. B. XXIII. H. 2.

Авторъ цитируетъ всего 46 случаевъ; изъ которыхъ 20 приведены нами въ томъ видѣ, какъ онѣ описаны въ статьѣ; объ остальныхъ сказано коротко: 12 умерли отъ операціи.
1 исчезла изъ-подъ наблюденія.
13 рецидивировали въ теченіи перваго года послѣ операціи.

Ни форма рака, ни условія операціи не указаны.

95. Карциноматозная язва. Вся матка велика и плотна.	4 года безъ рецидива. Паціентка 4 года спустя умерла, согласно увѣдомленію врача, отъ апоплексіи.

Операціи 1881 года.

96. Передняя губа плотна, задняя совсѣмъ изъѣдена; шейка выдолблена; новообразованіе сзади доходитъ до самаго влагалищнаго свода; матка совсѣмъ свободна.	Черезъ 2 года 1 мѣсяцъ нѣсколько недѣль появились сильныя боли; опухоль лѣвой ноги; влагалищный рубецъ совершенно гладокъ; позади его массы чувствительныя при давленіи; паховыя железы припухши и болѣзненны. Очень сильныя molimina съ обмороками. Черезъ 2 года 7 мѣсяцевъ умерла при явленіяхъ прогрессирующей кахексіи. Въ высшей степени вѣроятно, что это былъ рецидивъ.
97. ?	Рецидивъ черезъ $1^1/_2$ года.
98. ?	Рецидивъ черезъ $1^1/_2$ года.
99. Portio груба и тверда; сзади изъязвлена. Язва сзади до влагалищнаго свода. Шейка на всемъ пространствѣ крѣпка и инфильтрирована. Язва вверху кончается рѣзкимъ краемъ. Тѣло матки мягко и мало. Окружающія шейку ткани немного тверды.	Черезъ 4 года. Рубецъ гладокъ и податливъ; слѣва въ тазовой клѣтчаткѣ небольшой твердый узелъ. Вышла изъ дальнѣйшаго наблюденія. Слѣд. безъ рецидива 4 года.

Операціи 1882 года.

100. ?	Рецидивъ черезъ $1^1/_2$ года.
101. ?	Рецид. черезъ $1^1/_2$ года.
102. ?	Умерла черезъ 2 года отъ рецидива.

Операціи 1883 года.

103. Шейка глубоко изъѣдена; матка совсѣмъ мала и дрябла; очень подвижна.	Безъ рецид. 3 г. 6 м.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
104. Передняя губа нормальна; задняя неправильна, съ разращеніями на подобіе пѣтушинаго гребня; въ шейкѣ особенно съ лѣвой стороны твердыя, шероховатыя массы; здѣсь матка немного фиксирована.	Черезъ 2 г. 2 м. паціентка въ цвѣтущемъ здоровьѣ; рубецъ гладокъ и мягокъ; рѣшительно никакихъ подозрительныхъ симптомовъ.
105. Передняя губа исчезла; шейка треснувши, наполнена мягкими, легко разрушающимися разращеніями; на задней губѣ крайне легко кровоточащія разращенія на подобіе пѣтушинаго гребня.	Черезъ 2 м. удаленіе мягкихъ, фунгозныхъ грануляцій изъязвленныхъ угловъ (слизистая оболочка трубъ). Черезъ 3 м. рубецъ гладокъ и мягокъ. Абсолютная эвфорія.
106. ?	Рецидивъ черезъ 2 года.
107. ?	Рецидивъ черезъ $1^1/_2$ года.
108. ?	Рецидивъ черезъ $1^1/_2$ года.

Операціи 1884 года.

109. Portio не тронута, шейка до самаго верху наполнена карциноматозными массами; матка мала и подвижна; шейка изъѣдена высоко вверхъ.	Черезъ 2 г. 3 м. абсолютная эвфорія. Никакихъ мѣстныхъ явленій.

Операціи 1885 года.

Hofmeier. l. c.

110. Orif. exterm. представляетъ неправильной формы кратеръ; шейка высоко изъѣдена.	Черезъ 10 м. рубецъ мягокъ и гладокъ; никакой инфильтраціи; эвфорія. Небольш. пузырн. фистул. послѣ операціи.
111. Portio шишковата, утолщена, новообразованіе съ лѣвой стороны какъ разъ подходитъ къ влагалищу.	Черезъ 1 г. 2 м. рубецъ мягокъ и гладокъ; нигдѣ нѣтъ инфильтрац., паціентка въ цвѣтущемъ здоровьѣ.
112. Шейка высоко разрушена карциноматозными изъязвленіями.	Черезъ 1 г. 1 м. паціентка въ цвѣтущемъ здоровьѣ; рубецъ мягокъ и гладокъ; нигдѣ инфильтраціи. Небольшая фистула послѣ операціи.
113. Вся шейка расширена; изъѣдена, особенно въ лѣвую сторону и впередъ. Разрушеніе идетъ высоко вверхъ и съ лѣвой стороны немного переходитъ на влагалище; придатки лѣвой стороны немного утолщены.	Черезъ 1 годъ. Рубецъ мягокъ и гладокъ; нигдѣ никакихъ инфильтрацій; удаленіе нѣсколькихъ швовъ. Паціентка чувствуетъ себя несовсѣмъ хорошо.
114. Плоскій рецидивъ послѣ intravaginal'ной ампутаціи. Въ прочемъ матка представляется здоровою. Придатки свободны.	Черезъ 1 г. паціентка въ цвѣтущемъ здоровьѣ. Рубецъ мягокъ и гладокъ.

Операціи 1881 года.

Sänger. Centralblat. f. Gynäkol. 1887. № 14.

115. Carcinoma.	Рецидивъ черезъ 5 мѣсяцевъ.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
Операціи 1882 года.	
116. Carcinoma portionis vaginalis.	Рецидивъ черезъ $1/2$ года.
Операціи 1883 года.	
117. Carcinoma cervicis.	Рецидивъ черезъ 1 м.
118. Carcinoma portionis vaginalis.	Рецид. нѣтъ 3 г. 5 м.
119. Carcinoma portionis vaginalis.	Рецид. нѣтъ 3 г. 4 м.
Операціи 1885 года.	
120. Carcinoma corporis uteri.	Смерть на 2 день. Жирное сердце.
Операціи 1886 года.	
121. Carcinoma portionis vaginalis.	Безъ рецидива 1 годъ.
122. Carcinoma corporis uteri.	Безъ рецид. 6 мѣсяцевъ.
123. Idem.	Безъ рецид. 6 мѣсяцевъ.
124. Carcinoma portionis vaginalis.	Безъ рецид. 6 мѣсяцевъ.
125. Carcinoma cervicis.	Смерть на 7 день отъ sepsis; раненіе пузыря; t^0 до операціи 39,5.
126. Carcinoma corporis uteri.	Laparohysterectomia.
Операціи 1887 года.	
127. Carcinoma cervicis.	
Операціи 1883 года.	
Fritsch. Archiv f. Gynäkol. B. XXXIX. H. III.	
128. Больная 35 л. Nullip. Мягкій раковый узелъ задней губы; идетъ за внутренній зѣвъ.	3 г. 2 мѣсяца безъ рецидива.
129. Б. 36 л. 2 род. Капустообразный наростъ; занимаетъ всю portionem.	3 г. 1 мѣсяцъ безъ рецидива.
130. Б. 44 л. 10 род. Portio разрушена. Orif. extern. не опредѣляется.	Смерть черезъ 2 дня отъ collapsus.
131. Б. 42 л. 3 род. Раковопораженная portio.	Выписалась на 16 день. Черезъ нѣсколько времени умерла. Причина и время смерти неизвѣстны.
132. Б. 34 л. 2 род. Вся portio, а также задній сводъ поражены ракомъ.	Смерть черезъ 4 мѣсяца отъ рецид.
133. Б. 52 л. 12 род. Portio увеличена, изъязвлена, плотна; въ лѣвомъ сводѣ плотный шнуръ.	Смерть на 8 сутки отъ истощенія.
134. Б. 40 л. 6 род. Ракъ задней губы.	Выписалась на 16 день. Дальнѣйшихъ свѣдѣній нѣтъ.
Операціи 1884 года.	
135. Б. 41 г. 6 род. Portio неправильна, канкрозна. Мягкія массы выдаются изъ полости шейки.	Умерла черезъ 2 г. 6 мѣсяцевъ. Причина неизвѣстна.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
136. Б. 44 л. 3 род. Portio особенно слѣва разрушена новообраз. почти вдается въ introitus.	Рецидивъ черезъ годъ 4 мѣсяца. Смерть черезъ 2 г. 3 м.
137. Б. 33 л. Nullipara. Справа въ шейкѣ глубокій кратеръ съ толстыми краями.	Безъ рецид. 2 года 7 мѣсяцевъ.
138. Б. 46 л. 7 род. Carcinoma обѣихъ губъ.	Безъ рецид. 2 г. 4 мѣсяца.
139. Б. 39 л. 7 род. Carcinoma задней губы.	Безъ рецид. 2 года 3 мѣсяца.
140. Б. 27 л. 1 роды. Сильно изъязвленная carcinoma всей portionis. Orif. extern. не опредѣляется.	Смерть черезъ 3 мѣсяца отъ рецидива.
141. Б. 33 л. 3 род. Portio представляетъ изъязвленную, легко кровоточащую опухоль.	Безъ рецидива 2 года 1 мѣсяцъ.
142. Б. 54 л. 4 род. Portio утолщена, плотна, ломка.	Безъ рецидива 2 г. 1 мѣсяцъ.
143. Б. 37 л. 3 род Carcinoma обѣихъ губъ.	Рецид. черезъ годъ 9 мѣсяцевъ.
144. Б. 30 л. 4 род. Легко кровоточащая carcinoma, слѣва переход. на рукавъ.	Смерть черезъ годъ 10 мѣсяцевъ.
145. Б. 44 л. 2 род. Грибообразная carcinoma всей portionis.	Безъ рецид. 2 года.
146. Б. 41 г. 4 род. Carcinoma обѣихъ губъ.	Смерть.
147. Б. 35 л. 3 род. Carcinoma обѣихъ губъ, съ яблоко.	Безъ рецидива 2 года.
148. Б. 38 л. 3 род. Carcinoma передней губы. Myoma.	Безъ рецид. годъ 11 мѣс. Пузырная фистула. Самопроизвольное заживленіе.
149. Б. 47 л. 12 род. Carcinoma задней губы.	Безъ рецид. годъ 10 мѣсяцевъ.
150. Б. 47 л. Nullipara. Carcinoma corporis. *).	Безъ рецид. годъ 10 мѣсяцевъ.
151. Б. 38 л. 6 род. мягкая раковая язва задней губы.	Рецидивъ.

Операціи 1885 года.

152. Б. 45 л. 6 род. ракъ задней губы.	Смерть отъ рецидива.
153. Б. 41 г. 8 род. ракъ portionis.	Смерть черезъ 10-ть мѣсяцевъ отъ рецидива.
154. Б. 65 л. 4 род. Carcinoma cervicis; portio бугриста; въ центрѣ ея мягкія разращенія.	Рецидивъ черезъ годъ.
155. Б. 53 л. 4 род. Portio отсутствуетъ. Большой легко кровоточащій кратеръ.	Смерть отъ рецидива черезъ годъ 6 мѣсяцевъ.
156. Б. 34 г. 5 род., мягкая опухоль portionis.	Рецидивъ черезъ 2 мѣсяца.

---

*) Операція Freund'a.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
157. Б. 39 л. 12 род. Большая опухоль задней губы, переходящая на рукавъ.	Смерть на 4-й день. Въ лѣвомъ мочеточникѣ недостаетъ куска ткани.
158. Б. 36 л. 5 род. Ракъ обѣихъ губъ.	Рецидивъ черезъ 5 мѣсяцевъ.
159. Б. 45 л. 6 род. Ракъ обѣихъ губъ, слѣва переходитъ на рукавъ.	На 14 день моча черезъ рукавъ. Самопроизвольное заживленіе. Безъ рецидива 1 г. 6 м.
160. Б. 46 л. 5 род. Ракъ portionis.	Смерть.
161. Б. 42 г. 8 род. Ракъ portionis.	Смерть на 3 день отъ перитонита.
162. Б. 37 л. 6 род. Грибовидная опухоль portionis.	Безъ рецидива 1 г. 5 м.
163. Б. 41 г. 9 род. Ракъ potlionis.	Выздоровленіе.
164. Б. 55 л. 5 род. Ракъ portionis.	Безъ рецидива 1 г. 3 м.
165. Б. 60 л. 7 род. Carcinoma шейки.	Рецидивъ черезъ 1 г. 2 м.
166. Б. 47 л. 3 род. Carcinoma colli.	Безъ рецидива 1 г. 2 м.
167. Б. 46 л. 6 род. Ракъ portionis.	Выздоровленіе.
168. Б. 45 л. 9 род. Ракъ portionis.	Черезъ 1 г. (вѣроятно) рецидивъ.
169. Б. 37 л. 8 род. Грибовидная опухоль portionis.	Смерть на 11-й день отъ перитонита. Ракъ пузыря и забрюшинныхъ железъ.
170. Б. 45 л. 6 род. Ракъ задней губы.	Выздоровленіе.
171. Б. 45 л. 3 род. Ракъ обѣихъ губъ.	Безъ рецидива 10 мѣсяцевъ.
172. Б. 45 л. 6 род. Легко кровоточащая язва.	10 мѣсяцевъ безъ рецидива.
173. Б. 66 л. 4 род. Ракъ шейки.	Безъ рецидива 10 мѣсяцевъ.
174. Б. 40 л. 8 род. Ракъ portionis.	Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца смерть. Венозный тромбъ и піэмія.
175. Б. 46 л. 7 род. Ракъ portionis.	Рецидивъ.
176. Б. 29 л. 2 род. Ракъ portionis.	Рецидивъ черезъ 8 мѣсяцевъ.

Операціи 1886 года.

177. Б. 44 г. 1 род. Ракъ шейки.	Безъ рецидива 7 мѣсяцевъ.
178. Б. 29 л. 4 род. Грибовидное разращеніе.	7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
179. Б. 39 л. 6 род. Ракъ portionis, переходящій на рукавъ.	Рецидивъ.
180. Б. 31 г. 8 род. Ракъ portionis, переходящій на рукавъ.	Выздоровленіе.
181. Б. 44 г. 1 род. Ракъ portionis.	Скоропостижная смерть на 9 день при промываніи раны.
182. Б. 45 л. 5 род.	Выздоровленіе.
183. Б. 38 л. 3 род. Ракъ portionis.	Безъ рецидива 1 г. 2 м.
184. Б. 50 л. Nullipara. Ракъ portionis.	Рецидивъ черезъ 3 мѣсяца.
185. Б. 41 г. 7 род. Ракъ portionis.	Мало времени была подъ наблюденіемъ.
186. Б. 31 г. 2 род. Глубокій кратеръ	Мало времени была подъ наблюденіемъ.
187. Б. 38 л. Ракъ portionis. Сильное кровотеченіе. Трансфузія.	Мало времени была подъ наблюденіемъ.

ДАННЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.	Судьба оперированной. Примѣчанія.
Проф. *В. Ф. Снегиревъ.* Въ диссертаціи Заяицкаго.	
188. Б. 29 л. 7 род. Cancer mucosae servicis.	Черезъ 2 мѣсяца рецидивъ.
189. Б. 45 л. 10 род. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
190. Б. 43 л. 2 род. Cancroid port. vagin.	Тоже.
191. Б. 40 л. 2 род. Carcinoma cervicis.	Выздоровленіе черезъ $1^1/_2$ мѣсяца.
192. Б. 40 л. 3 род. Carcinoma cervicis. Fibroma interligamentosum.	Выздоровленіе черезъ 3 недѣли. 4 мѣсяца безъ рецидива.
193. Б. 38 л. 2 род. Cancer mucosae cervicis.	1 г. 2 мѣсяца безъ рецидива.
194. Б. 38 л. 1 род. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
195. Б. 29 л. 1 род. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
196. Б. 35 л. Cancroid port. vagin.	Смерть отъ паралича сердца.
197. Б. 59 л. 1 род. Carcinoma cervicis. Cystoma ovarii *).	Черезъ 5 мѣсяцевъ рецидивъ.
198. Б. 41 г. 2 род. Carcinoma mucosae cervicis.	Выздоровленіе черезъ $2^1/_2$ мѣсяца.
199. Б. 55 л. Virgo. Carcinoma corporis.	Черезъ $2^1/_2$ мѣсяца выписана съ рецидивомъ.
200. Б. 35 л. 7 род. Carcinoma mucosae cervicis.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
201. Б. 33 г. 3 род. Carcinoma mucosae cervicis.	Смерть на 8 день отъ перитонита. Перевязанъ перерѣзанный лѣвый мочеточникъ.
202. Б. 46 л. 4 род. Cancroid port. vagin.	Смерть на 5 день отъ септическаго перитонита.
203. Б. 43 л. 1 род. 7 абортовъ. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
204. Б. 36 л. 3 род. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ $1^1/_2$ мѣсяца.
205. Б. 42 г. 10 род. Cancroid port. vagin.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.
206. Б. 29 л. 4 род. Carcinoma cervicis.	Выздоровленіе черезъ $2^1/_2$ недѣли.
207. Б. 50 л. 2 род. Carcinoma mucosae cervicis.	Выздоровленіе черезъ 3 недѣли
208. Б. 54 г. 2 род. 1 абортъ. Carcinoma corporis.	Во время сообщенія оперированныя были еще въ раннемъ послѣопераціонномъ періодѣ. Объ исходѣ его сказать что-либо нельзя.
209. Б. 30 л. 4 род. Carcinoma cervicis.	
210. Б. 59 л. 4 род. Carcinoma mucosae cervicis.	
211. Б. 42 л. 5 род. Carcinoma colli.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.

*) Extirpatio uteri et ovariotomia.

Авторъ.	Общее количество случаевъ.	Умерло.	Причина смерти.	Выздоровленіе.	Рецидивъ черезъ X мѣсяцевъ.	Судьба неизвѣстна.	Здорова X мѣсяцевъ.	Форма рака.
hlshausen[1]	25[14]	7	3—Sepsis. 1—Shok. 1—отравл. карболов. кислотой. 1—отравл. іодоформомъ. 1—эмболія легкихъ.	18	Въ 5-ти случаяхъ.	Въ 9-ти случаяхъ.	2—12 м-цевъ. 2—24 мѣсяца. X—до 15 мѣс. безъ рецидива.	3 corporis. 19 —carcinoma шейки.
hlfeld. . . .	2[15]	1	—	1				
olling. . . .	1	—	—	1				
ompiani. . .	1	1						
aselli	1	1	Отравл. карбол. кислотой. Sepsis.					
ormac. . . .	1	—	—	1				
ushing . . .	1	-	—	1				
smarch. . .	2	1	—	1				
elferich. . .	1	—	—	1				
ausold . . .	2	—	—	2				
ocher. . . .	1	—	—	1				
ne.	1	—	—	1				
hede . . .	2	2						
rsini. . . .	1	—	—	1				
ersch[2]. .	5[16]	1	—	4	1 сл. черезъ 13 мѣсяцевъ.			
ölfler[3]. .	3	1	Дренажъ затромбированъ.	2				
ttlehner[4].	9	—	—	—	1 черезъ 5 м.	—	8 здоровы 6 м.	
ller[5]. . .	1	1	Отравл. сулемой (см. на 4-й день)					
it[6]. . . .	7	1	—	6	1 втеченіе 12 мѣсяцевъ. 2—на 2 годъ.	3	—	7 corporis.
denta[7]. .	1	1	Sepsis. На 4 день.					
fmeier[8] .	14	6	—	—	3 время не указано.	3	2 «излеченія».	14 carcinoma corporis.
ude[9]. . .	2	1	Shok.	—	1 черезъ 9 м.	—	—	1 carcin. cervicis.
tt[10]. . .	1	—	—	—	1 черезъ 7 м.	—	—	1 Epithelioma port.
rier[11]. .	4	—	—	4	—	2	1—здорова 12 м.	
lat[12] . .	—	-	—	—	—	—	1— » 6 »	
nons[13] .	4	2	2 — перитонитъ септическій. (Въ одномъ случаѣ оставлена губка въ peritoneum).		1 черезъ 5 м.	—	1— » 11 » 1— » 4 »	1 carcin. cervicis.
on[13] . .	1	—	—	—	—	—	Здорова 18 мѣс.	1 corporis.
dillon[12].	1	—	—	—	1 черезъ 9 м.			

[1]) Arch. f. Gyn. B. XX. Centr. f. Gyn. 1884. № 8. [2]) Всѣ приведенныю 14 авторовъ цити-
ы по Sanger'y. Arch. f. Gyn. B. XXI. [3]) Wien. med. Wochenschr. 1880. № 21.
ntr. f. Gyn. 1885. p. 72. [5]) Berl. klin. Woch. 1885. [6]) Contr. f. Gyn. 1886. № 11.
dem. № 15. [8]) Zeitschr. f. Geb. u. B. XII. p. 455. [9]) Journ. amer. mod. Associat. 1884. № 16.
idem. [11]) Ann. de gyn. 1886. p. 138. [12]) Ibidem. [13]) Gaz. d. Hôpit. 1884. p. 571.
ъ нихъ не окончены 3. [15]) Изъ нихъ не окончена 1. [16]) Изъ нихъ но окончена 1.

VII.

7 случаевъ ампутаціи шейки матки по поводу рака, произведенныхъ проф. А. И. Лебедевымъ.

I.

А. Б., 41 году, крестьянка. Регулы съ 15 л., черезъ три недѣли по 5—6 дней. Замужество на 19 году; имѣла 4 родовъ, первые на 20-мъ, послѣдніе 17 л. тому назадъ Имѣетъ общій видъ—крѣпкой здоровой женщины.

Жалуется на бѣли, съ сукровичной по временамъ примѣсью, которыми она страдаетъ около 10 мѣсяцевъ; около полгода боль и кровотеченіе sub coitu.

При изслѣдованіи per vaginam portio vaginalis цилиндрической формы, утолщена, плотна, нечувствительна, губы ея слегка эктропированы. На задней губѣ небольшая, легко кровоточащая, съ ломкой тканью, язва. Своды и параметріи нормальны. Суправагинальная часть шейки не утолщена, не бугриста; нормальной консистенціи. Матка—не увеличена, нечувствительна, вполнѣ подвижна.

Микроскопическое изслѣдованіе показало раковый характеръ ткани со дна язвы.

Діагнозъ—cancer incipiens mucosae cervicis.

Въ періодъ пребыванія больной въ клиникѣ она разъ менструировала; кровоотдѣленіе въ общемъ было необильно, но продолжалось періодически около 2½ недѣль. За это-же время у больной былъ лѣвосторонній флебитъ saphenae, который былъ пользованъ обычными средствами.

19/III 84 г. подъ наркозомъ была сдѣлана высокая ампутація по Schröder'у—на уровнѣ внутренняго зѣва. Линія разрѣза макро- и микро-скопически представляетъ совершенно здоровую ткань.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ возобновленіе флебита съ повышеніемъ температуры до 39°. На 12-й день послѣ операціи сняты швы. Prima intentio.

Явленія флебита еще продолжались и больная выписана черезъ мѣсяцъ.

Больная возвратилась къ намъ черезъ 8 мѣсяцевъ съ ясно выраженнымъ рецидивомъ—въ культѣ и лѣвомъ параметріи.

II.

А. П., 37 л., не замужняя. Регулы съ 14 л., черезъ мѣсяцъ по 8-ми дней. Имѣла 2-е родовъ, первые на 18; послѣдніе 15 л. тому назадъ. Общій видъ истощенной женщины.

Жалоба на усиленіе за послѣдніе 4 мѣсяца прежде бывшихъ бѣлей, которыя въ послѣднее время сильно истощили больную.

При изслѣдованіи—констатировано: port. vagin. обращена впередъ; цилиндрической формы, сильно утолщена, плотна. Зѣвъ открытъ, кратерообразенъ, задняя стѣнка цервикальнаго канала изъязвлена, съ бугристой, мягковатой, легко кровоточащей тканью. Матка—8 с., ограниченно подвижна, нормальной консистенціи, нечувствительна. Въ заднелѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль величиною съ небольшое яблоко, эластической консистенціи, болѣзненная, малоподвижная, склеенная сложными перепонками съ маткой.

Микроскопически подтвержденъ раковый характеръ язвы.

Діагнозъ cancer incipiens canalis cervicis et cystoma incipiens.

10/XI 85. Недостаточное низведеніе матки затрудняло операцію. Ампутація на уровнѣ внутренняго зѣва подъ наркозомъ.

Тщательное наложеніе швовъ.

Безлихорадочный послѣоперационный періодъ. Швы удалены на 10-й день. Культя хорошо загранулировала.

Больная выписана черезъ 20 дней въ прекрасномъ общемъ состояніи и ежемѣсячно показывалась для наблюденія за культей.

Въ теченіи $^1/_2$ года, когда клиника была еще открыта, никакихъ подозрительныхъ явленій. Съ закрытіемъ клиники, больная визитировала въ Маріинскую больницу, гдѣ въ концѣ октября, т. е. черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи, былъ заподозрѣнъ, а въ ноябрѣ несомнѣнно констатированъ нами рецидивъ въ культѣ.

III.

О. Б., 25 л., дѣвица, дворянка, по профессіи акушерка. Регулы съ 14 л., черезъ три недѣли, по 1—2 дня. Не рожала; имѣла одинъ абортъ на 5-мъ мѣсяцѣ годъ т. н.

Цвѣтущая, хорошо сложенная и упитанная женщина.

Жалуется на колющія боли внизу живота, на боль при дефикаціи и обильныя бѣли,—по временамъ, съ примѣсью крови. Больной считаетъ себя около $3^1/_2$ мѣсяцевъ, за какой промежутокъ времени она лечилась у одного изъ нашихъ товарищей въ Маріинской больницѣ прижигающими средствами, но вполнѣ безуспѣшно.

Въ первый разъ мы видѣли больную амбуляторно въ Маріинской больницѣ въ мартѣ 1886 г. и констатировали подозрительную язву въ заднемъ сводѣ рукава, почему и направили больную тотчасъ-же въ клинику проф. А. И. Лебедева.

Здѣсь, при болѣе точномъ клиническомъ изслѣдованіи, былъ поставленъ діагнозъ первичнаго рака влагалищной стѣнки, который, начинаясь въ заднемъ сводѣ,—перешелъ по задней поверхности влагалищной части на заднюю губу. Все это пространство представляло собою одну сплошную кратерообразную язву, съ бугристой, ломкой легкокровоточащей тканью. Задній сводъ уплотненъ; очень чувствителенъ. Слизистая recti вполнѣ подвижна. Матка нормальной величины и консистенціи, съ ограниченной подвижностью, вслѣдствіе уплотненія задняго свода.

Діагнозъ раковаго характера язвы подтвержденъ микроскопически.

27/III 86 г. была произведена суправагинальная ампутація шейки съ широкой резекціей задней и отчасти боковыхъ стѣнокъ рукава, причемъ уплотненная клѣтчатка задняго свода вплоть до rectum и брюшины была цѣликомъ удалена.

Спереди сдѣланъ шовъ на культю; сзади рана оставлена открытой. Тампонада іодоформен. марлей.

На четвертый и пятый день лихорадила; въ остальномъ—послѣоперaціонный періодъ прошелъ гладко. Встала черезъ двѣ недѣли, къ какому времени вся раневая поверхность уже затянулась.

Черезъ $2^1/_2$ недѣли послѣ операціи больная менструировала; menstrua были обильны и продолжались три дня. Черезъ $3^1/_2$ недѣли послѣ операціи больная выписана. Въ теченіи $2^1/_2$ лѣтъ мы имѣли возможность еженедѣльно видѣть больную въ Маріинской больницѣ и никакихъ явленій, могущихъ дать подозрѣніе на рецидивъ рака у нея за этотъ періодъ не было. Теперь больная исчезла изъ-подъ наблюденія и судьба ея намъ неизвѣстна.

IV.

А. М., 41 года, мѣщанка. Регулы съ 14 л., черезъ мѣсяцъ, по семи дней; около году стали неправильны. Имѣла одни роды на 22-мъ году.

Средняго тѣлосложенія, хорошо упитана. Жалуется на постоянное кровотеченіе за послѣдніе четыре мѣсяца.

При изслѣдованіи—задняя губа утолщенной влагалищной части изъязвлена; язва легко кровоточитъ, съ ломкой бугристой тканью и слегка переходитъ на задній сводъ. Матка 8 с.; нормальной консистенціи; вполнѣ подвижна. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило раковый характеръ язвы.

Cancer labii posterioris colli.

15/XII 86 г. Произведена ампутація шейки на уровнѣ внутренняго зѣва съ частичной резекціей стѣнки задняго свода.

Послѣопераціонный періодъ—безлихорадочно.

Швы удалены на 12-й, встала на 14-й день и выписана на 22-й день послѣ операціи въ прекрасномъ состояніи.

Дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна.

V.

Е. Х., 35 лѣтъ, крестьянка, дѣвица. Регулы съ 18 л., черезъ три недѣли по семи дней. Имѣла двое родовъ; 1-е на 26-мъ, 2-е 9 лѣтъ тому назадъ. Крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана. Жалуется на зловонныя, гноевидныя бѣли за послѣдніе 2½ мѣсяца.

При изслѣдованіи: на задней губѣ влагалищной части легко кровоточащая язва, съ неровными краями и инфильтрированнымъ дномъ, слегка переходящая на задній сводъ. Матка 9 сант.; плотна, подвижна. Своды, кромѣ задняго, и параметріи свободны.

Очень высокая и неуступчивая промежность.

Микроскопически подтвержденъ раковый характеръ язвы.

Діагнозъ: Cancer colli.

14/III 87 г. Надрѣзъ промежности. Supravagin'альная ампутація. Шовъ. Кровотеченіе незначительно.

Операція одинъ часъ.

Послѣопераціонный періодъ безлихорадочно.

Швы сняты на 12-й день. На 15-й день послѣдовательное кровотеченіе. Черезъ 3½ недѣли выписалась.

Дальнѣйшая судьба неизвѣстна.

VI.

В. Ф., 51 г., дворянка. Регулы съ 12 л., черезъ три недѣли по четыре дня; замужество на 17; черезъ годъ послѣ этого имѣла роды. — Пять лѣтъ clymax.

Выше средняго роста. Средняго тѣлосложенія, хорошо упитанная.

Жалуется на появившіяся шесть мѣсяцевъ тому назадъ періодическія кровотеченія и бѣли.

При изслѣдованіи: старческая атрофія рукава.

Portio vagin. неправильной формы; утолщена; плотна.

Задняя губа инфильтрирована; на внутренней поверхности ея легко кровоточащая, высоко тянущаяся въ цервик. каналъ, язва съ плотными неровными краями.

Матка уменьшена, нормальной консистенціи, съ полной подвижностью. Своды и параметріи свободны.

11/XII 87 г. Надрѣзъ промежности и боковыхъ стѣнокъ рукава. Въ культѣ, ампутированной посредствомъ аппарата Пакелена, почти на уровнѣ внутренняго зѣва, оказалась подозрительная ткань, поэтому изъ тѣла матки изсѣченъ конусъ, направленный верхушкой къ дну ея. Ткань поверхности сѣченія оказалась вполнѣ нормальной. Шовъ.

Совершенно гладкій послѣопераціонный періодъ. Швы удалены на 10-й день. Prima intentio.

Черезъ три недѣли послѣ операціи выписана безъ всякихъ жалобъ; уѣхала въ Ковно, и дальнѣйшая судьба неизвѣстна.

VII.

Ф. Д., 29 л., солдатка. Регулы съ 16 л., черезъ три недѣли по шести дней; замужемъ на 19-мъ году, имѣла четверо родовъ; первые на 20-мъ, послѣдніе 1½ года тому назадъ.

Средняго роста и тѣлосложенія, плохо упитанная.

Послѣ отнятія ребенка отъ груди были два раза регулы, которыхъ теперь нѣтъ уже третій мѣсяцъ. Жалуется на постоянное сукровичное отдѣленіе за послѣдніе два мѣсяца.

Introitus vaginae пигментированъ, слизистая стѣнка рукава разрыхлена. Влагалищная часть неправильной цилиндрической формы; передняя губа ея изъязвлена, легко кровоточитъ. Матка увеличена, соотвѣтственно двумъ мѣсяцамъ беременности, размягчена, слегка чувствительна; подвижна. Своды и параметріи—свободны.

Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ ткани указало раковый характеръ язвы.

Cancer incipiens colli.—Graviditas 2 menses.

1/хп 87 г. была сдѣлапа коническая эксцизія передней губы безъ наркоза, съ эластическимъ жгутомъ. Шовъ.

Послѣопераціонный періодъ—безо всякой реакціи. Швы, изъ которыхъ два прорѣзали, сняты на 11-й день.

Выписалась на 19-й день вполнѣ здоровой.

Три мѣсяца безъ рецидива.

VIII.

Казуистика ампутаціи, собранная въ литературѣ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперaціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
K. Pawlik. Wiener Klinik. 1882 г. № 8.	
1. Больная 35 л. 6 родовъ, послѣдніе 3 г. т. н., кровотеченія 2 мѣсяца. Обѣ губы поражены; на задней изъязвленіе.	Гальв. петлей *). 4 повторныхъ атрезіи цервик. канала; каждый разъ пунктировали. 20 л. 11 м-цевъ безъ рецидива.
2. Б. 45 л. 11 родовъ. Годъ—бѣли; 3 послѣд. м-ца постоян. кровотеченія. На port. vag. сильно распадающаяся опухоль. Шейка выше прикрѣпленія влагалища, повидимому, здорова.	Гальв. петлей. Прижиганіе фарфоровымъ каутеромъ. Смерть черезъ недѣлю отъ гнойнаго перитонита.
3. Б. 40 л. 11 родовъ. Послѣдніе м-цы кровотеченіе. Cancroid съ куриное яйцо.	Гальв. петлей. Вскрытіе брюшины. На 3-й д. сильное кровоченіе, отъ котораго и умерла на 3-й д.
4. Б. 38 л. 4 родовъ. Нѣсколько м-цевъ кровотеченія, боли въ крестцѣ. На задней губѣ опухоль съ яблоко.	Гальв. петлей. Вскрытіе брюшины. Сильное кровотеченіе, остановленное каленымъ желѣзомъ. Первые 5 м-цевъ дезменоррел. Пункція. 3 года рецидива нѣтъ.
5. Б. 29 л. 1 роды, 3 г. т. н. 4 м-ца боли, 2 м-ца кровотеченія. Carcinoma обѣихъ губъ.	На 6, 7 и 12 году послѣ операціи пункція изъ-за гематометры. 12 л. рецидива нѣтъ.
6. Б. 29 л. 3 родовъ, 6 м. бѣли. Величиною съ кулакъ, распадающаяся, заходящая высоко въ шейку медуллярная карцинома.	На 2-й д. ограниченный перитонитъ. На 3 и 4 дни кровотеченіе. Колляпсъ. Смерть на 5-й д. Анемія и перитонитъ.
7. Б. 30 л. Nullipara. 4 м-ца кровотеченія и гнойныя бѣли.	Параненіе пузыря. Рецидивъ черезъ 2 недѣли.
8. Б. 32 л. 2 родовъ; послѣдніе 6 л. т. н. 4 м-ца кровотеченія и боли въ крестцѣ. Опухоль на подобіе капусты, съ кулакъ.	Вскрытіе брюшины. Черезъ 5 л. дизменоррея. Расширенія цервик. канала. Безъ рецидива 10 л. 5 м-цевъ.
9. Б. 35 л. 2 родовъ; послѣдніе $9^1/_2$ л. т. н. 5 м. кровотеченіе. Бородавчатая, распадающаяся опухоль, величиною съ кулакъ; кзади переходитъ на рукавъ.	Вскрытіе брюшины. Черезъ 2 недѣли смерть отъ перитонита.
10. Б. 45 л. 5 родовъ; послѣдніе 17 л. т. н. Матка увеличена; port. vag. изъязвлена, легко кровоточитъ.	Черезъ недѣлю сильное кровотеченіе. Рецидива нѣтъ 10 л. 4 м-ца.
11. Б. 32 л. Nullipara. Больна 5 мѣ-	Рецидива нѣтъ 8 л. 2 м-ца.

*) Всѣ случаи Pawlik'а произведены гальванокаустической петлей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперaціонный періодъ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
сяцевъ. Опухоль съ кулакъ, по преимуществу передней губы.	
12. Б. 46 л. 8 родовъ; послѣд. 8 л т. н. 9 м-цевъ кровотеченіе и бѣли. Вся port. vag. раково поражена.	Здорова 8 м-цевъ.
13. Б. 39 л. 6 родовъ; послѣд. $1\frac{1}{2}$ г. т. н. 4 м. кровотеченіе. На задней губѣ carcinoma съ грецкій орѣхъ, доходитъ до прикрѣпленія задняго свода.	Безъ рецидива 8 л. 8 м-цевъ.
14. Б. 39 л. 4 родовъ и 1 абортъ. Больна 5 м-цевъ. Опухоль съ дѣтскій кулакъ.	Вскрытіе брюшины. На 4-й д. констатирована фистула vesico-vaginalis 8 л. 7 м-цевъ безъ рецидива. Фистула существуетъ.
15. Б. 50 л. 2 родовъ. На задней губѣ ограниченная опухоль съ грецкій орѣхъ.	Ампутація обѣихъ губъ. Смерть черезъ недѣлю отъ перитонита. Удаленіе неполное.
16. Б. 57 л. 12 родовъ; 10 м-цевъ кровотеченіе. Port. vag. представляетъ рыхлую, съ кулакъ, капустообразную опухоль.	Ампутація обѣихъ губъ. Съ 7-го дня лихорадитъ. Смерть черезъ 1 м-цъ. Въ лѣвомъ параметріи абсцессъ.
17. Б. 38 л. 8 родовъ; м-цъ неправильныя кровотеч. Слизистая шейки превращена вплоть до внутрен. зѣва въ изрытую, легко кровоточащую опухоль. Своды свободны.	Вскрытъ задній дугласъ. Выскабливаніе и прижиганіе верхней части канала шейки. Черезъ 5 м-цевъ кровотеченіе и смерть. Въ заднемъ сводѣ отверстіе съ талеръ, съ гангренозными краями.
18. Больная. 6 род. Лопастная, легко кровоточащая, мягкая опухоль, съ кулакъ.	Вскрытіе брюшины. Черезъ $4\frac{1}{2}$ мѣсяца отъ рубца твердо бугристая опухоль на ножкѣ. Удаленіе ножницами. Рецидива нѣтъ 5 л. 10 м-цевъ. Боли при регулахъ.
19. Б. 49 л 2 род. Годъ—clymax. 4 послѣдн. м-ца кровотеченіе. Carcinoma обѣихъ губъ, доходящая до прикрѣпленія рукава; величина опухоли съ кулакъ.	Вскрытіе брюшины. Pelveoperitonitis. 8 мѣс. здорова.
20. Б. 45 л. 9 род.; послѣдн. 6 л. т. н. 8 м. сильное кровотеченіе. Передняя губа съ яйцо величиною; задняя повидимому здорова.	Вскрытіе брюшины. Черезъ 1 и черезъ 2 года haematometra; повторныя пункціи. 6 л. 4 м. безъ рецидива.
21. Б. 6 род.; 10 м. т. н. абортъ. $\frac{1}{2}$ года кровотеченія. Port. vag. величиною съ апельсинъ; опухоль распалась; кпереди ограничена; кзади поднимается высоко.	Вскрытіе брюшины. Черезъ годъ — haematometra; пункція. Безъ рецид. 6 л. 1 м.
22. Б. 41 года 2 род.; послѣдн. 16 л. т. н. Больна 7 недѣль. Грибовидная раковая опухоль задней губы. Рукавъ здоровъ.	Черезъ $2\frac{1}{2}$ года haematometra; пункція. Безъ рецид. 4 года.
23. Б. 35 л. 1 род.; 10 л. т. н. 7 м.	Операція черезъ 1 мѣс. p. p. Черезъ

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
кровотеченіе. Раковая опухоль задней губы съ яйцо. Лихорадитъ; беременна. Роды.	3 года haematometra. Разрѣзъ рубца. Безъ рецид. 4 г 11 мѣс.
24. Б. 35 л. 3 род.; послѣдн. 12 л. т. н. Carcinoma передней губы съ грецкій орѣхъ; задняя губа мало поражена.	Черезъ 2 года твердый узелъ около зѣва. Разрушенъ хромомъ. Безъ рецид. $3^1/_2$ года.
25. Б. 52 л. Nullipara. 6 м. кровотеченіе. Carcinoma шейки, достигающая до пузыря.	Вскрытіе брюшины. Черезъ 3 года здорова. Матка и рукавъ атрофированы.
26. Б. 33 л. 4 род.; 8 м. кровотеченія. Опухоль передней губы съ кулакъ.	На ампутированной поверхности констатированы узлы. Черезъ 1 мѣс. коническ. эксцизія; шовъ. Черезъ 6 м. язва въ заднемъ сводѣ; выскабливаніе и прижиганіе. Черезъ 3 года haematometra. Надрѣзъ. Безъ рецид. 3 послѣднихъ года.
27. Б. 42 л. 2 род.; послѣдн. 21 г. т. н 4 м. кровотеченіе. На port. vag. твердые выдающіеся узлы; orif. extern. изъязвлено.	На ампутирован. поверхности замѣтно пораженіе слизистой цервикальн. канала. Ножницами вырѣзанъ конусъ изъ portio supravaginalis. Безъ рецидива 4 г. 4 мѣс.
28. Б. 30 л. 1 род., 7 л. т н. 3 м-ца кровотеченія. Обѣ губы поражены. У мѣста прикрѣпленія рукава—маленькій узелъ; въ лѣвомъ параметріи уплотненіе.	Вскрытіе брюшины. Parametritis. Безъ рецидива $2^1/_2$ года.
29. Б 36 л. 6 род., 2 аборта, послѣднія изъ нихъ 3 м. т. н. 6 недѣль зловонное истеченіе. Carcinoma обѣихъ губъ, идущая далеко вверхъ.	Вскрытіе брюшины. Черезъ 1 г. 2 мѣс. haematometra; разрѣзъ. Черезъ 2 года беременна. Безъ рецид. $2^1/_2$ г.
30. Б. 41 г. 6 род., 6 м. кровотеченія. Капустообразная опухоль portionis, съ яйцо величиною.	На ампутирован. поверхности раковые узлы. Эксцизія. Fistula vesicovaginalis. Черезъ 3 мѣс. подозрительная ткань въ рубцѣ; удалена. Безъ рецид. 2 г. 3 мѣс Fistula.
31. Б. 28 л. 4 родовъ. 2 мѣсяца зловонное отдѣленіе. Раковая опухоль обѣихъ губъ съ яйцо.	Черезъ 6 м. беременна. Роды; рубецъ не поддается. Два разрѣза. Безъ рецид. $3^1/_2$ года.
32. Б. 43 л. 22 г. т. н. одни роды двойнями. 8 м. неправильность регулъ. Carcinoma обѣихъ губъ съ полкулака. Матка—подвижна.	Безъ рецид. 3 года 4 мѣсяца.
33. Б. 44 л. 3 родовъ; 1 абортъ. 4 мѣсяца кровотеченіе. Эпителіальная карцинома съ яйцо.	Лихорадитъ 12 дней. Безъ рецидива 3 года 4 мѣсяца.
34. Б. 36 л. 3 род. Lues. 2 м. т. н. сильныя бѣли и кровотеченія. Папиллярная опухоль обѣихъ губъ съ яйцо.	Лихорадитъ. Безъ рецид. 3 года.
35. Б. 38 л. 2 род. съ годъ крово-	Вскрытіе брюшины. На 22 день

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
теченія, бѣли и боли въ крестцѣ. Обѣ губы представляютъ бугристую, изъязвленную, ихорозно-распадающуюся опухоль. Параметріи свободны.	знобъ. Peritonitis. Черезъ недѣлю смерть отъ перитонита. Оба дугласа вскрыты.
36. Б. 55 л. Nullipara. 4 м. кровотечен. и бѣли. Медуллярная карцинома передней губы; задняя здорова. Матка подвижна; не увеличена.	Безъ рецид. 1 годъ 8 мѣсяцевъ.
37. Б. 37 л. 11 род. $1/2$ года кровотеченіе. Раковое перерожденіе сильно эктропированныхъ губъ.	Смерть на 6 день отъ перитонита.
38. Б. 40 л. 2 род.; 1 абортъ. 8 м. бѣли. Обѣ губы—плотны, изъязвлены; грибообразны.	Безъ рецидива 1 годъ 8 мѣсяцевъ.
39. Б. 43 л. 7 род. 4 м. т. н. неправильность регулъ. На port. vag. папиллярное разращеніе съ полкулака, легко кровоточащее, мѣстами распавшееся.	Вскрытіе брюшины. Шовъ на нее. Безъ рецидива 2 года 10 мѣсяцевъ.
40. Б. 35 л. 2 род. 8 м. неправильныя кровотеченія. Губы port. тверды; вокругъ orif. extern. легко кровоточащая язва.	Черезъ 8 мѣсяцевъ haematometra; разрѣзъ. Безъ рецидива 2 года 6 мѣсяцевъ.
41. Б. 39 л. 5 род. послѣдн. 7 л. т. н. 8 м. бѣли и кровотеченія. Медулярная карцинома обѣихъ губъ. Матка—подвижна.	Вскрытіе брюшины. Безъ рецидива 1 годъ 2 мѣсяца.
42. Б. 35 л. 2 род. послѣдн. 9 л. т. н. 1 годъ бѣли и кровотеченія. Передняя губа гангренисцирова; въ задней, легко-кровоточащій, распавшійся узелъ. Правая стѣнка рукава поражена.	Безъ рецидива 2 года 4 мѣсяца.
43. Б. 37 л. 3 род. 3 мѣсяца menorrhagiae. Въ передней губѣ раковый узелъ съ грецкій орѣхъ; въ задней инфильтрація.	Безъ рецид. 1 годъ и 1 мѣсяцъ. Боли передъ регулами.

У автора вся казуистика состоитъ изъ 136 случаевъ, изъ которыхъ 43 приведены нами въ томъ видѣ, какъ они описаны авторомъ; про остальныхъ сказано слѣдующее:

16 «неизлѣчены».

22 рецидивировали.

31 умерли внѣ клиники; 16 изъ нихъ «*по всей вѣроятности*» имѣли рецидивъ.

22 исчезли изъ-подъ наблюденія. и судьба ихъ неизвѣстна.

2 умерли въ послѣродовомъ періодѣ. Были-ли онѣ свободны отъ рецидива—неизвѣстно.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Hofmeier. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäkol B. XIII. H. 2. 1886.	
44. Большой канкроидъ; инфильтрація до влагалищныхъ сводовъ включительно; радикальное удаленіе подъ вопросомъ.	Amputatio supravagin. Рецидивъ спустя 5 м-цевъ.
45. Канкроидъ величиною съ кулакъ.	Передняя губа supravagin. Рецидивъ спустя 2 м-ца.
46. Твердая, грибовидная опухоль на подобіе цвѣтной капусты; придатки сзади и слѣва немного утолщены.	Amputatio supravagin. Черезъ $^1/_2$ года рецидивъ въ культѣ.
47. Очень большая карцинома шейки съ увеличеніемъ всей матки.	5 с. высоты. Supravaginal. Amputatio. Черезъ $5^1/_2$ лѣтъ рецидивъ въ рубцѣ.
48. Грибовидная опухоль, шейка тонка; матка въ retroflex.	Amputatio supravagin. Черезъ $^1/_2$ года рецидивъ въ окружности матки.
49. Portio представляетъ шишковатую съ изъязвленными неровностями воронку. Lig. recto-uter., слѣва плотно инфильтр.	Amput. supr. Черезъ 2 м-ца рецидивъ въ рубцѣ.
50. Portio тверда, плотна и неправильна; шейка высоко вверхъ утолщена и легко кровоточитъ; придатки съ обѣихъ сторонъ утолщены.	Amput. supr. Черезъ $^1/_2$ года рецидитъ въ рубцѣ.
51. Шейка сильно утолщена, выполнена карциноматозными массами; снаружи не повреждена; инфильтрація до пузыря.	Amputatio неполная. Рецидивъ въ скоромъ времени.
52. Передняя губа не тронута, задняя унизапа легко кровоточащими разращеніями. Слѣва карцинома переходитъ на тазовую клѣтчатку.	Операція неполная. Черезъ 2 м-ца рецидивъ въ углу.
53. Большія разращенія на подобіе цвѣтной капусты, переходящія сзади и слѣва на влагалище. Ligg. значительно утолщены.	Операція не въ здоровой ткани. Черезъ м-цъ слѣва и сзади рецидивъ.
54. Portio шероховата, неровна, легко кровоточитъ. Новообразованіе сзади переходитъ на vaginam. Дугласовы складки инфильтрированы. Распространившаяся высоко вверхъ карцинома шейки.	Amputatio supravagin. Вскорѣ въ окружности рецидивъ.
55. Карцинома слизист. оболоч. шейки, сзади переходящ. на влагалище. Оба ligg. Douglasii плотны и напряжены.	Amp. suprav. Быстрый резидивъ въ культѣ.
56. Большой канкроидъ задней губы. Параметріи свободны.	Amputatio supravagin. Черизъ $^1/_2$ года рецидивъ въ окружности.
57. Большой канкроидъ; придатки лѣвой стороны утолщены.	Amput. sup. Черезъ 2 м-ца рецидивъ въ окружности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
58. Большой канкроидъ обѣихъ губъ; спереди и сзади переходящій на vaginam.	Amput. supravag. съ удаленіемъ большаго отрѣзка влагалища. Притомъ вскрытіе recti. Черезъ 4 м-ца рецидивъ въ окружности.
59. Канкроидъ; инфильтрація лѣваго Lig. lati.	Amputatio supravaginal. Быстрый рецидивъ въ культѣ.
60. Сильно разросшіяся, легко кровоточащія массы. Лѣвое Lig. sacrouter. утолщено: карцинома переходитъ на лѣвый сводъ влагалища.	Amputatio supravagin. Черезъ 7 мѣсяцевъ рецидивъ въ тазу.
61. Portio представляетъ собою неправильной формы, бугристую опухоль.	Amput. supr. Черезъ 5 м-цевъ рецидивъ въ тазу.
62. Portio представляетъ, бугристый, далеко спускающійся во влагалище узелъ; матка мала; придатки свободны.	Amputation supravag. не вполнѣ чистая. Черезъ м-цъ рубецъ гладокъ; не смотря на это, сдѣлана полная экстирпація. Смерть отъ sepsis.
63. Карцинома шейки комбиниров. съ Lithopädion.	Amputatio въ здоровой ткани невозможна. Черезъ годъ рецидивъ.
64. На перед. губѣ грибовидная, неправильная опухоль; матка въ retroflex; шейка очень размягчена.	Amputatio supravagin. Черезъ $^1/_2$ года смерть отъ рецидива.
65. Канкроидъ Portionis при беременности.	Amput. supr. Быстрый рецидивъ.
66. Грибовидный канкроидъ передней губы.	Supravag. спереди, сзади vaginal. Черезъ 4 м-ца рецидивъ.
67. Опухоль правой губы, придатки правой стороны немного туги и неподатливы.	Amputatio supravaginal. Черезъ 4 м-ца рецидивъ въ тазу.
68. Колоссальная, грибовидная опухоль; окружающее едва можетъ быть достигнуто. Шейка дрябла, матка свободна.	Тоже. Черезъ 4 м-ца рецидивъ въ тазу.
69. Въ лѣвой стѣнкѣ шейки узелъ, который изъязвляясь переходитъ на влагалище; придатки слѣва немного утолщены, но шейка дов. подвижна.	Amput. supravag. слѣва не чисто. Черезъ м-цъ рецидивъ въ стѣнкѣ влагалища.
70. Большая бугристая, грибовидная опухоль portionis; слѣва плоскій переходъ на влагалище. Придатки здѣсь немного утолщены.	Amputatio supravaginal. Рецидивъ спустя годъ.
71. Большой канкроидъ задней губы; справа карцинома немного переходитъ на влагалищный сводъ. Придатки здѣсь немного утолщены.	Amput. supravag. Ferr. candens. Черезъ $^1/_2$ года рецидивъ отчасти въ рукавѣ.
72. Передняя губа представляетъ бугристую мягкую массу.	Amputatio supravag. Черезъ 4 м-ца рецидивъ въ тазу.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперaціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
73. Передняя губа — грибовидная, легко кровоточащая; придатки свободны, задняя губа нормальна.	Amput. supr. Черезъ годъ смерть отъ рецидива.
74. Разращеніе передней губы; влагалище нигдѣ не тронуто.	Amput. supr. Черезъ 2 года рецидивъ въ тазу.
75. Язва величиною съ талеръ, переходящая на обѣ губы. Беременность 3-хъ м-цевъ.	Amput. supr. Черезъ 8 м-цевъ рецидивъ.
76. Portio плотна; передняя губа треснувши; язва величиною съ талеръ. Микроскопическій діагнозъ.	Amput. supr. Черезъ 9 м-цевъ смерть отъ рецидива.
77 Карцинома portionis при беременности.	Amput. supr. Ferr candens. Черезъ годъ рецидивъ въ культѣ и тазу.
78. Большая, грибовидная опухоль portionis, придатки матки немного утолщены.	Amput. supravag. въ нездоровой ткани. Скорый рецидивъ въ культѣ и тазу.
79. Большая опухоль передней губы на подобіе цвѣтной капусты, въ лѣвомъ parametrium твердый шнуръ.	Amput. supravag. Скорый рецидивъ.
80. Portio плотна, сильно растрескана, нигдѣ не изъязвлена. Микроскоп. діагнозъ.	Amput. supr. Скорый рецидивъ.
81. Portio велика и плотна; на обѣихъ губахъ кровоточащія шероховатости. Матка свободна.	Amput. supr. Скорый рецидивъ.
82. Задняя губа сильно утолщена, не изъязвлена; передняя нормальна.	Amput. supr. Черезъ годъ 4 м-ца вѣроятный рецидивъ.
83. Начинающійся канкроидъ задней губы; матка вполнѣ подвижна.	Amput supr. Черезъ 9 м-цевъ рецидивъ въ тазу.
84. Большая грибовидная опухоль задней губы; передняя нетронута; шейка сильно размягчена; придатки свободны.	Amput. supr. Черезъ ½ года рецидивъ въ тазу.
85. Большой канкроидъ передней губы; лѣвый влагалищный сводъ немного занятъ; въ прочемъ придатки свободны.	Amput. supr. Черезъ 1½ года рецидивъ въ тазу.
86. Карциноматозная язва одной губы.	Amput. supr. Черезъ годъ рецидивъ въ культѣ.
87. Большой канкроидъ передней губы.	Amput. supravag. въ не совсѣмъ здоровой ткани. Скорый рецидивъ.
88. Довольно большой канкроидъ; gravida на 5-мъ м-цѣ.	Amp supravag. Абортъ спустя 3 недѣли. Черезъ 10 м-цевъ рецидивъ въ тазу.
89. Шейка выполнена карциноматозными, легко раздавливаемыми массами. Portio сохранена. Ligg. очень подозрительны; узлообразныя утолщенія.	Amputatio supravaginal. Черезъ ½ года рецидивъ въ тазу.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
90. Папиллярная опухоль величиною съ яблоко; слѣва немного перешедшая на влагалище; матка свободно-подвижна.	Amputatio supravag. 5 сант. величиною. Черезъ 6 л. 8 м-цевъ безъ рецидива.
91. Portio тверда; передняя губа гладка, задняя бугриста и разъѣдена. Матка въ retroflex.	Передняя губа infravaginal. Задняя supravaginal. Черезъ 4 года рубецъ гладокъ. Слѣва матки опухоль съ яблоко.
92. Передняя губа утолщена и тверда; довольно ограниченная опухоль; матка велика и тверда. Придатки свободны.	Передняя губа supravaginal, задняя vaginal. Черезъ 6 л. 5 м-цевъ безъ рецидива
93. Задняя губа разрушена карциноматозными изъязвленіями; матка мала. Правая Дугласова складка немного напряжена. Микроскопическій діагнозъ.	Спереди supravag.; сзади vaginal. Черезъ 6 л. безъ рецидива.
94. Слегка кровоточащая опухоль; влагалище свободно. Ligg. утолщены, особенно слѣва.	Amputatio supravaginal крайне трудная. 5 л. 3 м-ца безъ рецидива.
95. Изъязвленный узелъ передней губы, величиною съ лѣсной орѣхъ.	Спереди supravaginal, сзади vaginal. 7 лѣтъ здорова.
96. Канкроидныя разращенія передней губы, проникающія въ шейку.	Высокая ампутація передней губы; задняя не тронута. 4 года 7 мѣсяцевъ безъ рецидива. Умерла отъ апоплексіи.
97. Опухоль передней губы. По linea innominata утолщенія.	Спереди supravaginal., сзади vaginal. Черезъ 2 года 5 мѣсяцевъ смерть отъ рецидива въ клѣтчаткѣ.
98. Задняя губа утолщена и изъязвлена; матка въ retroflex; велика (myoma). Придадки свободны. Микроскопич. діагнозъ.	Обѣ губы supravaginal. 3 года 10 мѣсяцевъ безъ рецидива. Смерть отъ прогрессивнаго паралича.
99. Папиллярная опухоль передней губы величиною съ волошскій орѣхъ; задняя губа здорова. Параметріи свободны.	Спереди supravag., сзади vag. 4 г. 9 мѣсяцевъ безъ рецидива.
100. Большой канкроидъ, съ лѣвой стороны плотно прилегающій къ влагалищу. Ligg. немного утолщены, но не явно карциноматозны.	Amputatio supravaginal. Черезъ 4 года 9 мѣсяцевъ рецидивъ въ клѣтчаткѣ и лимфатическ. железахъ.
101. Portio плотна, шероховата, изъязвлена. Параметріи свободны. Микроскопич. діагнозъ.	Amputatio supravaginal. Черезъ 2 г. 8 мѣсяцевъ рецидивъ въ тазу.
102. Глубокая язва на передней губѣ. Плотная, бугристая инфильтрація Lig. sacrouter.	Спереди supravag., сзади vaginal. 4 г. 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
103. Carcin. cervic., перешедшая на заднюю стѣнку влагалища.	Amputat. supravagin. очень высокая и трудная. Черезъ 2 г. смерть отъ рецидива въ тазу.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперaціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
104. Начинающійся канкроидъ. Ligg. утолщены,—повидимому, — неблагопріятно.	Спереди supravag. сзади vaginal. 3 г. 8 мѣсяцевъ безъ рецидива.
105. Глубоко идущая язва. Микроскопич. діагнозъ.	Спереди supravag, сзади vaginal. Безъ рецидива 3 г. 7 м.
106. Карциноматозная язва. Придатки свободны; позади матки плотный узелъ. Микроскопич. діагнозъ.	Amputatio supravaginal. 3 г. 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
107. Крѣпко сидящая папиллярная опухоль, величиною съ кулакъ.	Amput. supr. 3 г. 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
108. Карциноматозный узелъ на portio.	Amput. supr. Смерть черезъ $3^{1}/_{2}$ г. отъ общей кахексіи, при явленіяхъ общей водянки. Культя безъ рецидива.
109. Карциноматозн. язва. Шейка утолщена; придатки утолщены. Операція подъ большимъ вопросомъ. Микроскопич. діагнозъ.	Amput. supr. 3 г. 6 мѣсяцевъ безъ рецидива.
110. Бугристая, немного переходящая слѣва на рукавъ опухоль. Придатки лѣвой стороны утолщены.	Amput. supr. 3 г. 8 мѣсяцевъ безъ рецидива.
111. Карциноматозная язва. Микроскопич. діагнозъ.	Спереди vagin., сзади supravag. 3 г. 6 мѣсяцевъ безъ рецидива.
112. Глубоко идущая язва одной губы.	Amputatio supravagin. 3 г. 2 мѣсяца безъ рецидива.
113. Папиллярная опухоль величиною съ волошскій орѣхъ; влагалище немного задѣто. Ligg. sacrouter. сильно напряжены.	Amput. supr. 3 года безъ рецидива.
114. Большая твердая опухоль. Слѣва очень подозрительная инфильтрація влагалища.	Amput. supr. Черезъ 3 года рецидивъ въ рубцѣ.
115. Большой канкроидъ на подобіе цвѣтной капусты, спереди переходящій на влагалище.	Amputatio supravagin очень высокая. Черезъ годъ рецидивъ въ культѣ.
116. Большой канкроидъ.	Amputatio supravagin. Смерть черезъ $3^{1}/_{2}$ г. отъ рецидива въ тазу. Матка здорова.
117. Грибовидная опухоль величиною съ небольшое яблоко.	Amput. supr. Смерть черезъ 3 г. отъ рака яичника. Матка совершенно здорова.
118. Бугристая опухоль задней губы, величиною съ голубиное яйцо, изъязвлена.	Amput. supr. Спустя $1^{1}/_{4}$ г. ясно выраженный рецидивъ.
119. Передняя губа представляетъ разращеніе на подобіе цвѣтной капусты, величиною съ голубиное яйцо, задняя губа не тронута; придатки свободны.	Amput. supr. 3 г. 4 мѣсяца безъ рецидива.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
120. Довольно большой канкроидъ передней губы.	Спереди supravag., сзади intravag. 2 г. 5 мѣсяцевъ безъ рецидива.
121. Неправильная, бугристая опухоль; влагалище свободно.	Amputatio supravag. 2 г. 1 мѣсяцъ безъ рецидива.
122. Шейка шероховата, утолщена. Карциноматозная язва. Микроскопич. діагнозъ.	Amput. supr. 3 г. безъ рецидива.
123. Portio плотна, неправильна, бугриста; влагалище свободно.	Amput. supr. 2 г. 2 мѣсяца безъ рецидива.
124. Канкроидъ.	Amput. supr. 2 г. 3 мѣсяца безъ рецидива.
125. Язва величиною съ талеръ, переходящая на обѣ губы. Микроскопич. діагнозъ.	Amput. supr. Черезъ годъ 9 мѣсяцевъ ясно выраженный рецидивъ въ тазу.
126. Начинающаяся карцинома лѣвой стороны Portio.	Amputatio supravagin. Ferr. candens. Черезъ 2 года рецидивъ въ тазу и брюшинѣ. Матка совершенно здорова.
127. Задняя губа представляетъ твердую опухоль, величиною съ куриное яйцо. Разращенія до задняго свода включительно; передняя губа свободна.	Amputatio supravag. 2 г. 5 мѣсяцевъ безъ рецидива.
128. Грибовидная опухоль задней губы велич. съ куриное яйцо. Параметріи совсѣмъ свободны.	Amputatio supravagin. Ferr. candens. 2 г. 4 мѣсяца безъ реседива.
129. Разращенія передней губы, распространяющіяся на влагалищный сводъ. Параметріи совсѣмъ свободны.	Amputatio supravag. Черезъ годъ рецидивъ.
130. Передняя губа представляетъ собою грибовидную опухоль, задняя нетронута.	Amputatio supravag. сзади vagin. Годъ 2 мѣсяца безъ рецидива.
131. Portio сильно растрескавшись, справа язва, подходящая прямо къ влагалищу. Правая lig. sacrouter. сильно утолщена.	Спереди supravagin. 2 г. 3 мѣсяца безъ рецидива.
132. Канкроидное разращеніе задней губы; переходящее на влагалище.	Amputatio supravagin. Годъ 5 мѣсяцевъ безъ рецидива.
133. Неизъязвленный узелъ задней губы.	Amputatio supravag. очень высокая. $2^1/_2$ г. безъ рецидива.
134. Карциноматозный узелъ задней губы, величиною съ волошскій орѣхъ, параметріи свободны.	Amputatio supravagin. Годъ 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
135. Плоская язва на задней губѣ. Микроскопич. діагнозъ.	Amput. supr. Годъ 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
136. Передняя губа полипозно-гипертрофирована.	Amputatio supravag. Годъ 5 мѣсяцевъ безъ рецидива.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
137. Разращеніе на подобіе цвѣтной капусты величиною съ куриное яйцо.	Amput. supr. Годъ безъ рецидива.
138. Разращеніе на подобіе цвѣтной капусты задней губы; передняя свободна; правое Lig. latum немного утолщено.	Amput. supr. Годъ 1 мѣсяцъ безъ рецидива.

Вся казуистика Hofmeier'а состояла изъ 114 случаевъ.

Кромѣ вышеприведенныхъ нами:

Умерло отъ операціи 10

Исчезли изъ-подъ наблюденія 8

Van de Warker. Americ. Journ. of Obstetr. 1884. p. 225.	
139. Больная 49 л. 3 родовъ, послѣдн. 26 л. т. н. 4 г. clymax. 2 мѣсяца т. н. кровотеченія. За исключеніемъ небольшаго участка спереди, вся port. vag. занята новообразованіемъ.	Ножницами и кюреткой новообраз. удалено въ формѣ клина. Послѣдовательныя прижиганія oleo martis и хлоръ-цинкомъ На 7-й д. плотный бѣлый рубецъ. Здорова годъ 2 мѣс.
140. Б. 45 л. 1 роды, 27 л. т. н. Около года истеченіе на подобіи мясныхъ помоевъ. Шейка разрушена до сводовъ. Матка неподвижна.	Ножницами вырѣзана суправагин. часть. Выскабливаніе, причемъ поранепъ пузырь. Несмотря на это, всетаки систематич. прижиганіе oleo martis и хлоръ-цинкомъ. Фистула осталась незашитой. Смерть черезъ 7 мѣсяцевъ отъ рецидива.
141. Б. 61 г. 7 родовъ. Около года кровотеченія. Port. vag. утолщена, но не уплотнена. На границѣ внутрен. зѣва ломкая ткань.	Port. vag. удалена ножницами. Полость шейки и тѣла выскоблены, причемъ получилось прободеніе въ соедин. ткань между пузыремъ и маткой. Послѣдовательн. прижиган. oleo martis. и хлоръ-цинкомъ. Выздоровленіе.
Palaillon. Annal. de Gynecol. 1882 juillet. p. 1.	
142. Больная 43 л., около $3^1/_2$ мѣсяцевъ кровавыя истеченія. Шейка бугриста, увеличена, неравномѣрной плотности.	Гальв. петлей. Вскрытіе брюшины. 6 дней лихорадитъ. Больше 7 мѣсяцевъ здорова.
143. Б. 29 л. 5 род., послѣдн. 5 л. т. н. 7 мѣсяцевъ т. н. постоянныя кровотеченія и бѣли. Epithelioma.	На 11-й д. сильнѣйшее кровотеченіе, остановленное тампонадою съ ol. martis. Выздоровленіе. Дальнѣйшая судьба неизвѣстна.
144. Б. 39 л. 2 род. и 1 абортъ. Около 2 мѣсяцевъ неправильное кровотеченіе. На задней губѣ грибообразное, съ орѣхъ величиною, разращеніе. Своды свободны. Матка подвижна.	На 6-я сутки сильное кровотеченіе. Тампонада. Выздоровленіе.
Spiegelberg. Archiv f. Gynäkol. B. V. H. III.	
145. Больная 19 л. Virgo. Carcino-	Умѣренное низведеніе. Ножъ и

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперраціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
ma papillare обѣихъ губъ. Влагалище не поражено.	ножницы. Эксцизія куска задней стѣнки влагалища. Вскрытіе брюшины. Выздоровленіе.
146. Б. 54 л. 9 род. 4 аборта. Carcinoma papillare обѣихъ губъ. Разращеніе идетъ высоко въ церв. каналъ.	Частичное удаленіе ножницами. Сильное кровотеченіе. Каленое желѣзо и тампонъ. Рецидивъ вскорѣ.
147. Б. 30 л. 4 род., послѣдн. годъ тому назадъ. Carcinoma papil. задней губы. Матка фиксирована.	Гальван. петлей. Умерла вскорѣ отъ тифа.
148. Б. 45 л. 2 род., послѣдн. 15 л. т. н. Carcin. papil., переходящая на supravagin. часть шейки и влагалища.	Гальв. петлей. Удаленіе въ 3 пріема. Сильное кровотеченіе. Улучшеніе „на нѣкоторое время".
149. Б. 48 л. 1 род. 19 л. т. н. Carcin. papil. portionis vag. Своды свободны.	Гальв. петлей. Сильное кровотеченіе. Вскорѣ рецидивъ въ культѣ.
150. Б. 36 л. 4 род., послѣдн. 7 л. т. н. Carcin. parenchymatosum.	Гальв. петлей. Удаленіе въ нѣск. пріемовъ. Pelveoperitonitis. Сильное кровотеченіе. Смерть на 7-й день.
151. Больная 36 л. 8 род., послѣдн. 8 недѣль т. н. Большая папиллярная опухоль губъ.	Гальв петлей, которая слѣва соскользнула. Оставшаяся часть новообразов. удалена ножницами и каутеромъ. Улучшеніе „не на долгое время".
152. Б. 52 л. 2 род., послѣдн. 22 г. т. н. Раковая инфильтрація задней губы и угловъ наружнаго зѣва.	Гальв. петлей. Осталась небольшая и, повидимому, здоровая часть portionis. Черезъ 9 мѣсяцевъ инфильтрація шейки.
153 Б. 54 л. 7 род. послѣдн. 18 л. т. н. Медуллярная карцинома задней стѣнки шейки.	Ножемъ. Предварительное отдѣленіе задняго свода. Воронкообразная эксцизія. Кровотеченіе. Каленое желѣзо и тампонъ. Черезъ полгода рецидивъ передней стѣнки шейки.
154. Б. 32 л. 6 род. и 1 абортъ. Раковая инфильтрація portionis.	Наложеніе петли трудно. Умѣренное низведеніе,—вскрытіе брюшины. Черезъ полгода г. рецидивъ въ рубцѣ.
155. Б. 32 л. 2 род. послѣдн. 8 л. т. н. Carcin. papil. обѣихъ губъ.	Гальв. петлей. Рецидивъ вскорѣ.
156 Б. 48 л. 1 роды, 23 г. т. н. Prolapsus. Elongatio portionis. Carcinoma ея въ видѣ грибообразной опухоли.	Гальв. петлей. Кровотеченіе,—каутеръ. Рецидивъ до конца перваго года послѣ операціи.
157. Б. 36 л. 3 род., 4 аборта. Медуллярная карцинома передней губы.	Гальв. петлей. Умѣренное кровотеченіе. Тампонъ. Черезъ 10 мѣсяцевъ рецидивъ въ рубцѣ.
158 Б. 30 л. 1 роды, 8 лѣтъ т. н Большая папиллярная опухоль губъ.	Трудное наложеніе петли. Кровотеченіе. Вскорѣ рецидивъ.
159. Б. 46 л. 5 род., послѣдн. $8\frac{1}{2}$ л. т. н. Раковая инфильтрація задней губы, идущая въ церв. каналъ.	Ножъ и ножницы. Клинообраз. эксцизія задней губы. Разрывъ задней брюшинной складки, вслѣдствіе сильнаго низведенія. Захожденіе въ брюшину воздуха и крови. Shok. Послѣдоват. кровотеченіе. Смерть.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперaціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
160. Б. 43 л. 3 род. 1 абортъ 9 л. т. н. Широкое раковое разращеніе передней и боковой слизистой обол. церв. канала.	Ножемъ. Воронкообразн. эксцизія. Обнаженіе брюшины. Сильное кровотеченіе. Тампонъ. Рецидивъ черезъ мѣсяцъ.
161. 22 г. Virgo. Раковая инфильтрація portionis.	Ножемъ. Клинообразн. эксцизія. Выскабливаніе. Кровотеченіе,—тампонъ. Черезъ полтора мѣсяца рецидивъ.
162. Б. 30 л. 1 роды, 11 л. т. н. Большая папиллярная опухоль передней губы.	Гальв. петлей и ножницами. Черезъ нѣсколько времени выскабливаніе и прижиганіе. Выздоровленіе.
163. Б. 31 г. 10 род., послѣдн. $1^1/_2$ г. т. н. Carcin. papil. передней губы.	Ножемъ и ножницами. Выздоровленіе.
164. Б. 24 л. 1 роды 5 л. т. н. Carcinoma papil. обѣихъ губъ.	Гальв. петлей. Безъ рецидива 2 мѣсяца.
165. Больная 25 л. Nullipara Carcinoma papillare передней губы.	Гальв. петлей. Рецидивъ черезъ 8 мѣсяцевъ.
166. Б. 39 л. 3 родовъ, послѣдн. 10 л. т. н. Carcinoma papil. обѣихъ губъ.	Гальв. петлей. Вскорѣ рецидивъ.
Grünewaldt. Archiv f. Gynäkol. B. XI H. III p. 501.	
167. Канкроидъ portionis съ яйцо величиною.	Гальв. петлей. 5 лѣтъ безъ рецидива.
168. Начинающаяся плоская папил. наружн. зѣва.	Гальв. петлей. 10 лѣтъ безъ рецидива.
169. Больная 27 л. 1 роды. Кровотеченія и бѣли. Большой канкроидъ portionis.	Ампут. гальв. петлей. Черезъ нѣсколько времени гальванокаутическое обкалываніе (umstochen) узла на рубцѣ. 11 мѣсяцевъ безъ рецидива.
170. Б. 42 л. 10 род. (изъ нихъ 5 преждевременныхъ) 2 мѣсяца постоянное незначительное кровотеченіе. Матка увеличина, подвижна. Эктропіонъ. Передняя губа здорова; задняя сильно увеличена, плотна, бугриста, занята легко кровоточащими, мягкими новообразованіями.	Ампут. гальв. петлей. Черезъ мѣс. хорошій рубецъ. Нѣсколько времени спустя пораженіе передней губы. Ампутирована. Черезъ полторы недѣли констатирована эпителіома шейки. Выскабливаніе. Черезъ 1 мѣсяцъ рецидивъ. Cauterium actuale. Послѣ послѣдней операціи 2 года, безъ рецидива.
171. Б. 50 л. 8 род., послѣдн. 18 л. т. н. Нѣсколько мѣсяцевъ кровотеченія и бѣли. Грибовидный наростъ цервикальнаго канала съ распавшеюся поверхностью.	Ампут. гальв. петлей. Черезъ $2^1/_2$ недѣли подозрит. грануляція сзади; прижжены acido nitrico. Черезъ нед. подозрит. грануляц. на перед. губѣ,—cauter actuale. Черезъ 2 мѣсяца подозрит. узелки около orif. extern. Термокаутеръ. Черезъ $1^3/_4$ года на задней губѣ подозрит. эррозіи—каутеръ. Рецидива не было.
172. Б. 36 л. Регулы съ 20 л. Nullipara. Port. vag. разрушена эпителіомой, начинающейся въ шейкѣ.	Ампут. гальв. петлей. Лихорадитъ. Черезъ 2 мѣсяца легко кровоточащая опухоль съ грецкій орѣхъ. Черезъ

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣоперacіонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
	полтора мѣсяца послѣ этого воронкообразная эксцизія отчасти гальванокаутеромъ, отчасти ножемъ и ножницами. Прижиганіе. Въ 3—4 слѣдующихъ недѣли сильно кровоточащія разрощенія. Выжжены. Черезъ неизвѣстный промежутокъ сдѣлано еще разъ выскабливаніе. Здорова.
173. —	Въ теченіи 4 мѣсяцевъ пять повторныхъ операцій. 12 л. безъ рецидива.
174. Cancroid colli.	Три повторныхъ операціи въ короткое время. Безъ рецидива 14 мѣсяцевъ.
175. —	Въ теченіи $8^1/_2$ мѣсяцевъ нѣсколько разъ выжиганіе раковыхъ узловъ. Безъ рецидива 1 г. 3 м.
176. Cancroid.	Ампутація гальв. петлей. Въ теченіи 5 мѣсяцевъ нѣсколько разъ выжиганіе. Рецидивъ черезъ 6—7 мѣсяцевъ.

У автора всего 33 случая, изъ которыхъ онъ болѣе или менѣе подробно указываетъ только вышеприведенные; объ остальныхъ ничего не говоритъ. Въ разборѣ результатовъ ампутаціи эти, не указанные Grunewaldt'омъ, случаи мы не принимали въ разсчетъ.

Fournaise. Archiv de Tocolog. 1882. p. 355.

177. Б. 39 л. Регулы съ 15 л. замуж. съ 16 л. 3 родовъ. Канкроидъ portionis.	Ампут. линеарнымъ экразеромъ. Безъ рецидива 2 года.

Gallard. Gaz. des Hôpit. 1884. p. 121.

178. Б. 43 л. Регулы съ 12 л. 2 род. 5 м. т. н. регулы стали неправильныя. Сильно разросшійся канкроидъ port. vag. Своды свободны.	Удаленіе въ три пріема гальв. петлей. Черезъ 20 д. выписана здоровою.

Marion Sims. Gallard's Med. Journ. 1880. p. 625.

179. Б. 35 л. 4 род. Нѣсколько мѣсяцевъ кровотеченія. Опухоль съ апельсинъ исходитъ отъ перед. губы. Матка подвижна. Своды—здоровы.	Ножемъ и ножницами удалена передн. губа до внутр. зѣва. Черезъ годъ такая же опухоль задней губы. Удаленіе съ клинообразн. вырѣзыв. задней губы. Около 5 лѣтъ спустя снова рецид. въ видѣ разросшихся грануляцій съ грецкій орѣхъ. Выскабливаніе.

Wherry. Lancet. 1885. p. 946.

180. Б. 24 л. Регулы съ 14 л., зам. съ 19 л. 2 род. Epithelioma oris externi. Своды свободны.	Удаленіе ножницами и проволочнымъ экразеромъ. Черезъ 1 годъ безъ рецидива. Haematometra.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Labbé. Annal. de Gynecol. 1884. p. 165.	
181. Б. 31 л. послѣдн. 7 л. т. н. боли sub coitu. Опухоль съ мандаринъ, по преимуществу изъ передней губы.	Гальв. петлей. Тампонъ съ ol. martis. Годъ 7 мѣсяцевъ безъ рецидива.
182. Б. Регулы съ 13 л. замужемъ 8 л. 1 роды 7 л. т. н. 3 мѣсяца боли внизу живота, неправильныя регулы. Изъязвленная грибообразная опухоль portionis. Слѣва язва у прикрѣпленія свода.	Гальв. петлей. Чувство ожоги, удаленіе не полное. Выздоровленіе.
183. Б. 48 л. 6 м. т. н. зловонныя истеченія съ кровью. Громадное капустообразное, изъязвленное разращеніе portionis.	Низведеніе. Гальв. петля. Во избѣжаніе соскальзыванія, проведена игла ниже петли. Удаленіе неполное.
Mayer. Monatschrift f. Geburtskunde. 1861. p. 12.	
184. Б. 52 л. 6 род., послѣдн. 7 л. т. н. Годъ climax. Около году кровотеченія. Передняя губа грибообразна, мягка, изрыта, легко кровоточитъ.	Кривыми ножницами. Каленое желѣзо. Сильное кровотеченіе. Прижиганіе ляписомъ. Тампонъ. 5 мѣсяцевъ кровотеченія нѣтъ.
Mikschik. Zeitschr. Geselschaft. d. ärzt. zu Wien. 1856. p. 40.	
185. Б. 44 л. Между наружными губами большая ихорозная кровоточащая цвѣтнокапустная опухоль, сидящая на тонкой ножкѣ отъ передней губы. Задняя губа гипертрофирована.	Ножемъ. На 50-мъ году наступилъ climax. Умерла черезъ 10 л. отъ рака желудка.
186. Б. 35 л. 6 род., послѣдн. 3 года т. н. 3 года кровянистое истеченіе. 2 мѣсяца постоянное кровотеченіе. На задней губѣ капустообразное легко кровоточащее разращеніе Матка подвижна.	Ножемъ. Кровотеченіе,—перевязка артерій и каленое желѣзо. 1 мѣсяцъ здорова.
Ziemssen. Virchow's Archiv. B. XVII. p. 333.	
187. Б. 32 л. За послѣдн. время усиленіе прежнихъ бѣлей. Изъ половой щели выдается мягкая кровоточащая опухоль, съ кулакъ, исходящая отъ port. vag.	Удаленіе ножницами по частямъ. Сильное кровотеченіе. Тампонада. Удаленіе неполное. Повторныя ампутаціи два раза.
Reuss. Arch. f. Gynäkol. B. XVII. H. 1. p. 116.	
188. Б. 34 л. Шейка величиною съ кулакъ, плотна, изъязвлена.	Опухоль удалена. Черезъ ½ года подозрительное разращеніе въ церvик. полости. Выскабливаніе. Черезъ годъ послѣ этого рецидивъ въ культѣ. Сдѣлана воронкообразная эксцизія. Почти черезъ годъ снова рецидивъ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.	Способъ ампутаціи. Осложненія при операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ. Дальнѣйшая судьба оперированной.
Rokitansky. Centralblat. f. Gynäkol. 1882. № 10. p. 457.	
189. Б. 40 л. 12 род. 1 абортъ 6 м. т. н.; съ этого времени кровотеченія. Эпителіома задней губы съ гусиное яйцо; передняя губа тверда и увеличена. Матка подвижна.	Гальв. петлей. Вскрытіе дугласа; выпаденіе сальника. Черезъ три недѣли вблизи культи мягкіе, круглые узелки; удалены кюреткой; оказались appendices epiploicae. Выздоровленіе.

№№ по порядку.	Авторъ. Мѣсто и годъ сообщенія.	Количество случаевъ.	Способъ ампутаціи.	И	
				Смерть и причи	
1	Prof. *Wallace*. Brit. med. Journ. 1883 p. 519.	10	Ножъ и швовъ.	2	
2	*Mourphy*. Centralbl. f. Gyn. 1884. № 8 p. 115.	1	Экразеръ.		—
3	*Fränkel*. Centralbl. f. Gyn. 1886. № 47.	3	1—гальв. петлей. 2—ferro candente.		—
4	*Körte*. Arch. klin. Chirurg. 1880, p. 547.	1	Гальвавокаустическ. вожемъ. Значительвое кровотеченіе.		—
5	*Baker*. Amer. Journ. Obstetr. 1882. p. 265.	12	9 случ. по автору.		—
			2 ножницами и utero-tom'омъ съ налож. шва. 1 не указаво.		—
6	*Watson*.	9	Ножъ и швовъ.		—
	Lassalars [1]).	1	Гальв. петлей. Вскрытіе брюшины.	1 отъ перитон	
7	*Gallard*. Annal. Gynec. 1884. p. 81.	25	Гальван. петлей.		—
8	*Verneuil*. Arch. général de méd. 1884. T. I. 5—24.	17	Экразеръ.	2	
	Peyrot.	1	—	1	
	Seuvre.	1	—	1	
	Atshill.	1	—	1	
9	Courty.	1	—		—
	Pean.	1	Ножъ и каленое желѣзо.		—
	Labbe.	1	Гальв. петлей.		—
	Böckel [2]).	1			
10	*Despres*. Gaz. d. Hôpit. 1884. p. 549.	4	Гальв. петлей.	1 sepsis.	
11	*Terillon*. Ibidem p. 621.	6	Гальв. петлей.	1 острое кров	
12	*Marchand*. Ibidem.	5	1—экразеръ. 4. гальв. петлей. Осложвевія при операціи: 1 кровотеченіе, 1 периметритъ, 1 поравевіе пузыря, 1 вскрытіе дугласа.	1	—
13	*Thevenot*. L'Union med. 1882 p. 417.	8	Экразеръ.	3	

[1]) Оба автора приведены по Palailon'у l. c.

[2]) Всѣ приведенные семь авторовъ цитированы по Fournaise, l. c.

Х О Д Ы.		ПРИМѢЧАНІЯ.
Рецидивъ.	Безъ рецидива.	
резъ 12 м-цевъ.	Въ 5 случ. «излеченіе».	1 «улучшеніе».
—	Нѣсколько лѣтъ здорова.	
—	$2^1/_2$, 4, 5 лѣтъ.	
—	9 м-цевъ.	Тазовыя железы припухли.
зъ 9 м-цевъ.	1—29 м-цевъ. 1—27 » 1—22 » 1—21 » 2—18 » 1—11 » Оперированныя по способу автора.	1 сл. Независимо (? нашъ) отъ рака матки, ракъ поясничныхъ, подвздошныхъ и панкреатической железъ и наконецъ (!) въ маткѣ.
езъ 4 мѣсяца. езъ 2 мѣсяца. орѣ.		
	Въ 5 сл. «выздоровленіе».	1 «сомнительный случай».
3 случаяхъ; изъ скорѣ»; въ 7 вре-ленія рецидива не .	1—$1^1/_2$ года. 1—$2^1/_2$ » 1—4 »	9 сл. черезъ нѣсколько времени послѣ операціи исчезли изъ подъ наблюденія.
—	—	Результаты: 2 «дурныхъ». 6 «посредственныхъ». 3 «удовлетворительныхъ». 3 «весьма удовлетворительныхъ», 1 неизвѣстенъ.
—	2 года.	
—	6 м-цевъ.	
—	18 м-цевъ.	
	12 м-цевъ.	
зъ 3 м-ца.	—	1 исчезла изъ подъ наблюденія.
зъ $3^1/_3$ года.	1—$5^1/_2$ лѣтъ.	3 исчезли изъ подъ наблюданія.
—	4 года.	
—	—	Исходы: 1 «прожила». 15 м-цевъ. 1 » 12 » 1 » 6 » 2 » $1^1/_2$ »

IX.

Общій обзоръ казуистическаго матеріала по экстирпаціи матки.

Всего собрано нами 599 случаевъ удаленія всей матки по поводу рака.

1) Возрастъ указанъ у 344 женщинъ.

Наименьшій = 25 годамъ.

Отъ до	Случаи.	Отъ до	Случаи.
40—45	83 = 24,1%	55—60	16 = 4,8%
45—50	49 = 14,2	60—65	9 = 2,6
50—55	31 = 9,01	65—09	7 = 2,03

Итого свыше 40 лѣтъ было 195 случаевъ или 56,6%.

Средній возрастъ оперированныхъ на 344 случаевъ = 42,78 годамъ.

Наибольшій былъ (въ одномъ случаѣ) 69 лѣтъ.

На 18 указанныхъ случаевъ начала климактерическаго періода средняя продолжительность его = 7,5 годамъ.

2) Половая производительность у заболѣвшихъ ракомъ матки указана въ 269 случаяхъ; изъ нихъ было: 12—нерожавшихъ, 21—указаны, какъ «много» рожавшія и 2—имѣли только по 1 аборту.

	Количество беременностей.															
Число случ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18
	Количество родовъ.															
Число случ.	21	36	34	22	24	23	21	14	11	11	4	9	1	1	1	1
	Количество выкидышей.															
Число случ.	12	5	19	4	8	17	1	—	6	13	3	5	—	—	—	—

Слѣдовательно, — среднее количество беременностей у нашихъ оперированныхъ = 5,5.

3) Срокъ отъ начала заболѣванія до момента операціи (вѣрнѣе отъ начала появленія ясныхъ симптомовъ болѣзни до обращенія больной за врачебной помощью) указанъ въ 155 случаяхъ и въ

среднемъ онъ равенъ приблизительно 9 мѣсяцамъ [1]), но это разнится для различныхъ формъ рака, такъ:

Отъ появленія симптомовъ до операціи имѣли въ среднемъ:

Канкроиды	7,9 мѣсяца
Раки шейки	7,7 »
» тѣла	11,4 »

4) Нашъ казуистическій матеріалъ распадается [2]) по разновидностямъ раковыхъ формъ слѣдующимъ образомъ:

1. Канкроидовъ было	142 = 23,9%
2. Раковыхъ формъ шейки	291 = 48,7
3. » » тѣла.	75 = 12,6
4. Неизвѣстныхъ формъ рака . . .	88 = 14,1
5. » » саркомы. . . .	2 = 0,3
6. Endometritis haemorrhagica . . .	1 = 0,1
Итого	599

5) На 327 болѣе подробно описанныхъ случаевъ распростране-

---

[1]) Продолжительность жизни при ракѣ матки, считая отъ проявленія первыхъ симптомовъ его до летальнаго исхода, считается, какъ извѣстно, неодинаково различными авторами. Такъ:

Levert	считаетъ	въ	среднемъ	отъ	20	до	35	мѣсяцевъ
Lebert	»	»	»	»	16	»	»	»
West	»	»	»	»	15	»	»	»
Sibley	»	»	»	»	14	»	»	»
Girard	»	»	»	»	24	»	»	»

Слѣдовательно, среднее изъ этихъ данныхъ будетъ приблизительно равняться 18,8 мѣсяца. А принимая во вниманіе срокъ обращенія нашихъ больныхъ отъ начала заболѣванія, выходитъ, что операція имъ дѣлалась почти уже въ половинѣ того срока, который принимается для раковыхъ формъ за фатальный.

[2]) Дѣленіе разновидностей рака матки мы дѣлали по Ruge и Veit'у; при чемъ ракъ толщи шейки и ракъ слизистой оболочки цервикальнаго канала мы разсматривали, какъ одну форму «рака шейки». Допустить такую неточность въ классификаціи насъ заставило то обстоятельство, что трудно раздѣлить эти двѣ формы рака по описанію степени пораженія. Фактическую недостаточность характерныхъ свойствъ для каждой изъ двухъ формъ рака шейки, при болѣе или менѣе развитомъ ихъ состояніи, уже не разъ констатировали многіе изъ приверженцевъ теоріи R. и V.

ніе раковаго процесса на окружающія матку ткани встрѣтилось 124 раза = 37,9%.

Въ частности пораженіе сводовъ было .	56 = 17,1%
Стѣнокъ рукава	27 = 8,2
Параметріевъ.	35 = 10,7
Кресцово-маточныхъ связокъ	6 = 1,8

Кромѣ того, пораженіе паховыхъ железъ было 5 разъ—colpitis vetularum—3; descensus parietum vaginae—1; prolapsus uteri—3; graviditas—2; міомы матки—5; общее лихорадочное состояніе до операціи—4; кисты яичника—2; отдѣльныя «опухоли» въ придаткахъ—2; пораженіе забрюшинныхъ железъ—4; боли въ почкахъ (гидронефрозъ)—2; желудочное кровотеченіе и астма—1.

6) Указываемыя авторами въ числѣ условій операціи, объемъ и подвижность матки, къ нашему глубокому сожалѣнію, мы не можемъ взять здѣсь въ разсчетъ; такъ какъ цифровыхъ данныхъ измѣренія длины полости матки указано слишкомъ мало; а одни выраженія: «матка увеличена, или не увеличена, хорошо или удовлетворительно подвижна» все это настолько растяжимая и субъективныя понятія, что ихъ брать какъ основанія извѣстной степени удобствъ операціи, по нашему глубокому убѣжденію, невозможно. Поэтому здѣсь мы позволимъ себѣ указать только самые выдающіеся случаи.

1 разъ матка стояла на 8 сант. выше входа въ тазъ (Schatz). 1 разъ—между пупкомъ и симфизой (Czerny). 1 разъ—на 3 пальца выше симфизы (Heilbrum). 3 раза—имѣла полость 12 сант. длины (проф. Лебедевъ, Оттъ, Goodel). Особенно выдающіеся случаи ограниченной подвижности матки были: вслѣдствіе плотной (раковой) склейки съ rectum и вслѣдствіе плотной съ задней стѣнкой симфизы—оба случая Müller'a, вслѣдствіе перитонеальнаго абсцесса (Heilbrum).

Переходя теперь къ разбору самой операціи, считаемъ нужнымъ оговориться, что здѣсь мы будемъ держаться обычнаго порядка оперированія, т. е. идя постепенно вглубь.

7) Узкій рукавъ 4 раза на 200 (2%) случаевъ вызвалъ необходимость разсѣченія промежности съ цѣлью улучшенія доступа къ операціонному полю.

8) Низведеніе матки практикуется обыкновенно, захватывая влагалищную часть или мюзеевскими, или пулевыми щипцами. Покойный Schröder и его послѣдователи отчасти съ этой же цѣлью захватываютъ боковые своды въ толстыя лигатуры; проф. Лебедевъ часто пользуется такой же лигатурой, накладывая ее или на сводъ, или на самую влагалищную часть. Это часто очень удобно при ломкой ткани новообразованія, когда она разрывается при потягиваніи или мюзеевскихъ, или пулевыхъ щипцовъ. Кромѣ того, въ послѣднее время профес. Лебедевъ началъ примѣнять особый инструментъ, очень похожій на обыкновенный губкодержатель, въ которомъ крючки обращены не внутрь, а кнаружи, и когда составляющія его вѣтви въ полости матки раздвигаются, то крючки впиваются въ стѣнки ея.

Инструменты Brenecke и Barnays въ нашей казуистикѣ также пользовались примѣненіемъ, и первый указанъ 21 разъ (8,2%); второй 9 (3,5%) (на 255 случаевъ). Слѣдовательно, всего низведеніе помощію захватыванія за стѣнки полости матки примѣнялось 30 (11,7%) разъ.

На 255 случаевъ низведеніе было трудно 24 раза (9,4%); изъ нихъ: въ одномъ оно не удалось даже послѣ вскрытія всѣхъ сводовъ и глубокаго отдѣленія клѣтчатки; въ 3-хъ вслѣдствіе старыхъ ложныхъ склеекъ съ брюшиной; въ большинствѣ остальныхъ отъ того, что ткань шейки, на которой обычно фиксируются пулевые или мюзеевскіе щипцы, бываетъ слишкомъ ломка и, при малѣйшемъ форсированіи ея, рвется.

Въ послѣднихъ случаяхъ несомнѣнно дается огромное облегченіе инструментами Brenecke и Barnays'а.

9. Предварительныя операціи съ цѣлью уменьшенія новообразованія или большей предусмотрительности относительно занесенія раковыхъ элементовъ въ полость брюшины производились всего на 255 случаевъ 28 разъ (10,9%).

При чемъ сдѣлано:

	При операціи.	За сколько дней до операціи. 1.	2.	3.	5.	7.	12.	Нѣск. дней.
Ампутація	9	1	—	—	—	—	—	1
Выскабливаніе и прижиганіе	2		—	1	3	2	2	1
Зашиваніе зѣва	5		—	—	—	—	—	

Мы не возьмемъ на себя смѣлости категорически высказывать свое мнѣніе по вопросу о томъ, насколько вредны или полезны *предварительныя* операціи на раковомъ новообразованіи. Мы не позволяемъ себѣ высказываться по данному вопросу потому, что и нашъ взглядъ, какъ мнѣніе всѣхъ говорившихъ до сего времени за и противъ такихъ манипуляцій,—будетъ имѣть чисто теоретическій характеръ. Если мы позволимъ себѣ указать въ данномъ случаѣ на кажущуюся безвредность открытія лимфатическихъ путей, то какъ нѣкоторую основу мы взяли бы ампутаціонную казуистику доктора *Grünewald*'а. Этотъ почтенный гинекологъ, какъ извѣстно, примѣняетъ повторныя ампутаціи съ выскабливаніемъ и прижиганіемъ. Изъ его казуистическаго матеріала выходитъ слѣдующій фактъ: рецидивы рака, послѣ этихъ операцій появляются чаще въ самой культѣ (случаи Gr. см. выше); слѣдовательно открывавшіеся при всякой раньше сдѣланной операціи лимфатическіе сосуды и щели не отнесли (оставшихся неудаленными) раковыхъ элементовъ въ близлежащую соединительную ткань таза.

10) Переходя затѣмъ къ моменту вскрытія сводовъ, мы не остановимся на *порядкѣ* послѣдовательнаго разсѣченія того или другого изъ нихъ, такъ какъ далеко не всегда извѣстная очередь отдѣленія свода систематически проводилась авторомъ при всякомъ случаѣ. На этотъ разъ только Fritsch держится опредѣленной системы, указывая при томъ преимущества своего метода; большинство же авторовъ начинаютъ вскрытіемъ или передняго, или задняго, потомъ переходятъ къ отдѣленію одного изъ боковыхъ. Въ данномъ случаѣ методъ Fritsch'а дѣйствительно имѣетъ за собою указываемыя авторомъ преимущества, т. е. возможность меньшей потери крови, если въ самомъ началѣ операціи перевязать маточныя артеріи, а равно и то, также немаловажное обстоятельство, что въ началѣ операціи выполняется одинъ изъ болѣе трудныхъ ея моментовъ. Но способъ Fritsch'а имѣетъ то неудобство, что отдѣленіе боковыхъ сводовъ съ невскрытымъ заднимъ или переднимъ намъ представляется технически очень труднымъ. Если отдѣленіе боковыхъ сводовъ и при вскрытомъ какъ заднемъ такъ и переднемъ, когда слѣдовательно боковую клѣтчатку можно обойти съ двухъ сторонъ, слѣдовательно вкалываніе или выкалываніе иглы, напримѣръ, можно производить съ этихъ свободныхъ поверхностей ея, все-таки и при такихъ условіяхъ, отдѣленіе боко-

выхъ сводовъ—повторяемъ мы,—иногда представляетъ значительную трудность, то тѣмъ больше затрудненій выполнить это, имѣя передъ собою только одну переднюю плоскость натянутаго свода. Переходя къ вопросу о томъ, какъ лучше вести перевязку широкихъ связокъ съ послѣдовательнымъ разсѣченіемъ ихъ, намъ кажется большой ошибкой со стороны нѣкоторыхъ оперировавшихъ желаніе ускорить этотъ моментъ операціи, съ какой цѣлью употребляются шолковыя или эластическія лигатуры en masse, стягиваніе всей массы широкихъ связокъ проволочною петлею, накладываніе жома, пережиганіе гальванокаутеромъ и пр. Нѣтъ сомнѣнія, что эта часть операціи есть наиболѣе трудный актъ ея, и слѣдовательно, упрощая технику и выгадывая во времени, мы вмѣстѣ съ тѣмъ облегчаемъ всю операцію и улучшаемъ прогнозъ ея. Но всѣ перечисленныя упрощенія техники съ экономіей во времени намъ кажутся невыдерживающими строгой критики,—и вотъ почему:

а) Намъ не кажется легкимъ маневромъ—заведеніе петли,—будетъ ли она платиновая, проволочная, эластическая или шолковая,—изъ одного свода въ другой черезъ верхушку широкой связки. Выполненіе этой манипуляціи пальцемъ не всегда возможно вслѣдствіе, иногда значительный, высоты широкихъ связокъ; а замѣняя палецъ какимъ бы то ни было инструментомъ, мы будемъ вынуждены дѣйствовать совершенно слѣпо и никогда не гарантированы, что въ такую петлю не будетъ захвачены или часть сальника, или, что еще хуже, кишечная петля, проткнувши тонкій ея мезентеріумъ инструментомъ.

б) Сдавливая, а тѣмъ болѣе пережигая такую петлю, мы рискуемъ весьма серьезнымъ поврежденіемъ сосѣднихъ органовъ.

в) Абсолютно-ли гарантируетъ пережиганіе гальванокаустикой или стягиваніе всей массы широкихъ связокъ въ одну лигатуру отъ кровотеченія? Кромѣ собственно *массы* ткани, подлежащей затягиванію, мы напомнимъ еще одно обстоятельство, что такое затягиваніе должно производиться въ глубинѣ рукава, гдѣ слѣдовательно нѣтъ возможности приложить силу рукъ настолько, насколько это возможно на ранѣ, не лежащей въ такой полости, какъ влагалище.

г) Главное же неудобство въ томъ, что мы никогда не можемъ быть увѣрены, что такая, даже туго затянутая, лигатура будетъ

крѣпко держаться на короткой, толстой, способной къ ретракціи, культѣ.

Принимая во вниманіе эти неудобства затягиванія всей массы широкихъ связокъ въ *одну общую* лигатуру, мы поэтому болѣе склоняемся въ пользу систематически *послѣдовательнаго* обкалыванія и перевязки существа широкой связки. При такомъ способѣ мы нѣсколько проиграемъ во времени, но зато, идя въ глубину ткани шагъ за шагомъ, мы можемъ тщательно слѣдить за эффектомъ своихъ дѣйствій и тотчасъ же исправлять могущія быть погрѣшности. Зная анатомическій ходъ болѣе крупныхъ сосудовъ широкихъ связокъ, мы можемъ сдѣлать обкалываніе и затягиваніе болѣе основательнымъ именно въ этихъ мѣстахъ. Наконецъ, еслибы наша линія сѣченія прошла въ ткани подозрительной, мы тутъ же можемъ въ такомъ мѣстѣ сдѣлать полное вырѣзываніе подозрительной ткани, почти до самыхъ костей таза, не боясь кровотеченія, такъ какъ всякій, въ данномъ случаѣ узурированный участокъ перетягивается отдѣльно. Такая, мы позволили-бы себѣ сказать, кропотливость въ отдѣленіи широкихъ связокъ, по нашему глубокому убѣжденію, лучше всего гарантируетъ отъ возможности какъ первичнаго, такъ и послѣдовательнаго кровотеченія, и въ то-же самое время она не такъ много занимаетъ времени, какъ можетъ показаться съ перваго раза. Въ данномъ случаѣ мы укажемъ на среднюю продолжительность операціи у проф. Лебедева, Fritsch'a, Staude и много другихъ, гдѣ при подобномъ способѣ перевязки широкихъ связокъ, операція въ среднемъ требуетъ немногимъ болѣе часу. Разумѣется, пріятнѣе было-бы употребить на операцію половину, или еще меньше означеннаго времени, но тогда нужно предоставить свои дѣйствія многимъ случайностямъ, отъ которыхъ часто можетъ зависѣть какъ болѣе ранняя, такъ и дальнѣйшая судьба оперированной: мы говоримъ о возможности кровотеченій или нерадикальности операціи.

Fritsch, какъ извѣстно, ведетъ разсѣченіе ткани широкихъ связокъ помощью бистури, избѣгая ножницъ и отдѣленія тупыми инструментами съ той цѣлью, чтобы получить *рѣзанную*, *гладкую раневую поверхность*. Намъ кажется, что нѣтъ особенной необходимости настаивать на этомъ, такъ какъ въ туго перетянутой ткани самая *периферическая часть* ея едва-ли будетъ получать необходимое питаніе для своей жизни и думается намъ, что она

должна мортифицироваться и отпасть; а собственно гранулированіе раны происходитъ, по нашему мнѣнію, насчетъ болѣе центральныхъ менѣе перетянутыхъ и потому болѣе жизнеспособныхъ слоевъ. Мы не знаемъ даже приблизительной толщины этого имѣющаго мортифицироваться слоя,—и по всей вѣроятности при разсѣченіи ножницами или разрываніи пальцами и рукояткой скалпеля она будетъ больше,—но во всякомъ случаѣ думаемъ, что условія для первичнаго натяженія не выполняются въ нашей операціи уже одной необходимостью *тугой и тщательной*, *по мелкимъ участкамъ*, *перетяжки ткани* лигатурами.

Оставляя въ сторонѣ количественное преимущество *очереди* вскрытія связокъ, такъ какъ тотъ или другой порядокъ намъ не представляется существенно-важнымъ,—мы перейдемъ къ тѣмъ осложненіямъ, какія бывали при отдѣленіи сводовъ.

На первомъ мѣстѣ мы поставимъ вопросъ о кровотеченіи, какъ наиболѣе серьезномъ осложненіи операціи.

На 255 случаевъ оно указано, какъ сильное, 34 раза = 13,3%, изъ нихъ 18 мѣсто происхожденія кровотеченія не указано, 9—изъ art. uterina (1 разъ изъ аномалійной), 5 разъ изъ боковой клѣтчатки, 2—изъ клѣтчатки задняго свода.

Къ нашему глубокому сожалѣнію, мы не можемъ здѣсь указать зависимость частоты кровотеченій отъ различныхъ способовъ перевязки широкихъ связокъ; такъ какъ въ казуистикѣ Ohlshausen'а и другихъ приверженцевъ его способа, стоящихъ за лигатуру en masse, послѣдовательный ходъ операціи и встрѣчающихся при ней осложненій не указаны.

Кровотеченіе было остановлено: 1 разъ,—при кровотеченіи изъ клѣтчатки задняго свода,—губками, которыя были удалены черезъ 6 часовъ; 5 разъ пинцетами a demeur [1]), удаленными черезъ 1, 2, 3, 4 и 6 сутокъ; 6 разъ отдѣльной перевязкой arteriae uterinae, остальные 22 раза обкалываніемъ ткани.

Слѣдовательно, одно изъ наиболѣе важныхъ, если не самое важное осложненіе, встрѣчается сравнительно очень рѣдко, только въ 13,3%.

---

[1]) О раціональности оставленія твердыхъ предметовъ въ ранѣ,—мы скажемъ нѣсколько позже, когда будемъ разбирать вопросъ о дренажѣ.

12. На 255 случаевъ было:

Пораненіе пузыря	15 разъ	$= 5,8\%$	
» мочеточниковъ . .	5 »	$= 1,9\%$	
» recti	1 »	$= 0,3\%$	(Pfannenstiel).
Всего	21 разъ	$= 8,2\%$	

Пораненія пузыря были зашиты въ моментъ самой операціи 7 разъ ($46,6\%$); изъ нихъ $4 = 57,1$ вполнѣ удачно; 2 впослѣдствіи разошлись ($28,5\%$) и исходъ одной фистулорафіи неизвѣстенъ, такъ какъ больная умерла на 2-я сутки отъ септическаго перитонита. Всѣ 5 случаевъ пораненія мочеточниковъ случились при такихъ условіяхъ, что *парацервикальная клѣтчатка была* болѣе или менѣе *захвачена раковымъ процессомъ*, но въ одномъ такомъ случаѣ Czerni выпрепаровалъ мочеточникъ изъ раковой ткани.

13. Неполное изсѣченіе раковыхъ массъ изъ параметральной клѣтчатки, т.-е. операція абсолютно не радикальная, на всѣ 599 случаевъ встрѣтилось 28 разъ $= 4,7\%$.

14. *Опрокидываніе. Ohlshausen* и его послѣдователи, отчасти *Fritsch* и др., оперируютъ in situ. Опрокидываніе большинство авторовъ дѣлаетъ кзади; *Fritsch*, если опрокидываетъ, то только кпереди; незначительное число оперировавшихъ не держится на этотъ разъ какихъ-нибудь опредѣленныхъ пріемовъ, достиженіе которыхъ было-бы *обязательно*, не смотря ни на какія техническія трудности; а смотря по индивидуальнымъ особенностямъ случая,—или пользуются опрокидываніемъ въ ту сторону, куда это *легче выполняется*,—или-же доканчиваютъ операцію in situ, если это представляетъ какія-нибудь удобства.

Намъ кажется страннымъ то шаблонированіе оперативной техники, съ какою нѣкоторые изъ авторовъ горячо выступаютъ, смѣло отвергая всѣ другіе способы. Истина, какъ всегда, по всей вѣроятности и въ данномъ случаѣ, будетъ въ срединѣ между этими рѣзкими, горячо проповѣдуемыми и повидимому научно обставляемыми каждымъ защитникомъ своего способа теоретическими крайностями. Намъ хочется думать, что въ данномъ случаѣ нужно избѣгать вся-

кой *обязательности* пріемовъ. Мы не позволяемъ себѣ сомнѣваться въ компетентности отдѣльныхъ мнѣній такихъ авторитетовъ, какъ Fritsch, Ohlshausen, покойный Schröder и многіе другіе, но объясняемъ себѣ существованіе такихъ разногласій въ пониманіи одного и того-же обстоятельства (т. е. удобства оперировать или in situ, или опрокидывая въ какую-нибудь другую сторону), только, во-1-хъ, неодинаково признаваемымъ еще взглядомъ на способъ нормальный фиксаціи матки въ тазу и, во-2-хъ, желаніемъ (тѣмъ болѣе въ первое время возобновленія нашей операціи) придать ей какую-нибудь опредѣленную формулу, выработать въ ней извѣстный *типъ*, на отсутствіе котораго такъ много жаловались въ первое время. Мы раздѣляемъ мнѣніе Fritsch'а, что если матка и физіологически болѣе наклонена кпереди, то въ эту сторону легче и повернуть ее, только усиливая физіологическій наклонъ; мы не споримъ съ приверженцами удобствъ опрокидыванія кзади на томъ основаніи, что здѣсь больше мѣста, меньше возможности травматизировать мочевой пузырь; наконецъ— мы не возьмемъ на себя смѣлости отвергать операцію in situ по Leopold'у и Ohlshausen'у и др.; но повторяемъ, что въ данномъ вопросѣ нужно избѣгать шаблонированія операціи; и если-бы насъ упрекнули въ отрицаніи столь полезной выработки *типа* операціи, то мы думаемъ, что этотъ упрекъ падаетъ при одномъ напоминаніи той массы осложненій въ фиксаціи матки, какая извѣстна всякому гинекологу. Какъ поступать, напр., при высоко идущихъ ложныхъ склейкахъ матки съ брюшиной? Куда опрокидывать—при оплотнѣніяхъ (доброкачественныхъ) въ боковой клѣтчаткѣ, въ трубахъ или связкахъ и въ окружности ихъ? Мы, кромѣ того,—позволяемъ себѣ обратить вниманіе на то обстоятельство, что не всѣ условія, могущія *при операціи* затруднить опрокидываніе,—могутъ быть распознаны даже при изслѣдованіи подъ наркозомъ. Даже подъ хлороформомъ намъ становится извѣстной *та или другая степень низведенія*, та или другая *возможность* (впередъ или назадъ) *версіи* матки; но *при операціи и то и другое нужно какъ maximum*, а не какъ извѣстная степень возможности. Мы говоримъ это отчасти на основаніи собственнаго опыта. Въ нашемъ случаѣ, при предварительномъ изслѣдованіи подъ наркозомъ, матка была хорошо подвижна въ стороны; достаточно, казалось, низводилась; при чемъ ее легко было вертировать и кзади и кпереди. Но даже подъ нарко-

зомъ намъ не удалось констатировать тонкихъ, но прочныхъ перитонеальныхъ склеекъ, которыя отъ матки направлялись высоко кзади. Благодаря своей длинѣ, онѣ позволяли и «достаточное» низведеніе съ версіями кпереди и кзади, и полную боковую подвижность. Но когда при операціи мы стали добиваться именно опрокидыванія настолько, чтобы получить дно матки въ рукавѣ, то эти, теперь натянутыя, склейки сильно препятствовали намъ, и актъ опрокидыванія потребовалъ для себя бо́льшую часть всего времени, занятаго операціей. Кромѣ того, желая достигнуть опрокидыванія матки въ случаѣ, гдѣ оно было *очень трудно*, мы невольно травматизировали одними частыми, хотя-бы и осторожными манипуляціями, мочевой пузырь, — и теперь глубоко раскаиваемся въ своей настойчивости.

И такъ на вопросъ лучше-ли оперировать in situ, или опрокидывать матку въ какую-нибудь одну сторону, мы опять повторяемъ, что въ данномъ случаѣ *нужно избѣгать* обязательности пріемовъ и строго индивидуализировать каждый отдѣльный случай и только во время самой операціи рѣшать — какой изъ способовъ удобнѣе примѣнить здѣсь. Знать же нужно всѣ видоизмѣненія нашей операціи.

15. Отчасти послѣ вскрытія одного, главнымъ образомъ, задняго свода, отчасти уже послѣ опрокидыванія матки встрѣчается выпаденіе сосѣднихъ съ нею органовъ.

Такъ на 255 случаевъ изъ собранной нами казуистики это имѣло мѣсто 28 разъ = 10,9%; изъ нихъ:

Кишки выпадали		4	раза	= 1,5%
Одной стороны:	труба и яичникъ	5	»	= 1,9
	яичникъ	6	»	= 2,03%
Сальникъ		6	»	= 2,03
Обѣихъ сторонъ труба и яичникъ		7	»	= 2,7%

Выпадавшіе кишки и сальникъ всякій разъ были вправлены; яичники же и трубы удалены, кромѣ одного случая, гдѣ яичникъ былъ вправленъ обратно (Bokelmann).

Мы не знаемъ, почему у насъ выпаденіе трубъ и яичниковъ обѣихъ сторонъ превалируетъ предъ такимъ же явленіемъ съ одной стороны, и позволяемъ себѣ объяснить это случайностью, зависѣв-

шей, быть можетъ, отъ неполности описанія операціи и всѣхъ осложненій ея.

Эти, сами по себѣ неопасныя, осложненія указываютъ до нѣкоторой степени на то, какъ мы должны обставить условія послѣдовательнаго закрытія раны, о чемъ скажемъ ниже.

16. Чтобы покончить съ вопросомъ о выпаденіи яичниковъ и трубъ, мы поэтому сейчасъ же перейдемъ къ вопросу объ ихъ удаленіи.

Ничего не можетъ быть затруднительнѣе, какъ суммировать взгляды авторовъ по данному вопросу. Намъ кажется, что мы будемъ недалеко отъ истины, если скажемъ, что до сихъ поръ въ этомъ вопросѣ царствуетъ полный индиферентизмъ, существованіе котораго, быть можетъ, нужно объяснить пока еще недостаточностью наблюденія больныхъ послѣ нашей операціи.

Докторъ Грамматикати [1]) хотѣлъ подойти къ рѣшенію этого вопроса экспериментальнымъ путемъ, и жаль только, что онъ не сдѣлалъ полнаго описанія своихъ наблюденій, а представилъ только на основаніи ихъ слѣдующія положенія, изъ которыхъ мы беремъ лишь два первыхъ, какъ относящихся къ разбираемому нами вопросу:

1-е. «По удаленіи матки яичники продолжаютъ функціонировать; процессъ созрѣванія, лопанія Граафовыхъ пузырьковъ и образованіе ложныхъ желтыхъ тѣлъ не претерпѣваетъ никакихъ измѣненій».

2-е. «Удаленіе одновременно съ маткой и Фаллопіевыхъ трубъ не вліяетъ на функціи яичниковъ».

Такіе выводы, полученные экспериментальнымъ путемъ, прямо отвѣтили бы на вопросъ,—какъ поступать съ яичниками при экстирпаціи матки; но, къ сожалѣнію, ни условія постановки эксперимента, ни количество наблюденій, сдѣланныхъ д-ромъ Грам., неизвѣстны; а это въ высшей степени важно во многихъ отношеніяхъ.

Всего на 255 операцій удалены были:

одной стороны	яичникъ	18	разъ	= 7%
	» и труба . .	12	»	= 4,7%
обѣихъ сторонъ	яичники	38	»	= 14,9%
	» и трубы .	6	»	= 2,03
	Всего . .	74	раза	= 29%

[1]) Труды втораго съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ, т. II. 1887. Москва.

Намъ остается разсмотрѣть еще два послѣднихъ вопроса, касающихся собственно операціи, чтобы затѣмъ перейти къ разбору послѣопераціоннаго періода и его исходовъ и затѣмъ уже дальнѣйшихъ результатовъ операціи.

17. Нѣтъ единства во взглядахъ на то, какъ оставить рану на послѣопераціонный періодъ:—нужно-ли ее вполнѣ сшивать, или только съузить, или наконецъ оставлять въ первоначальномъ видѣ.

На собранный нами казуистическій матеріалъ приходилось:

Что примѣнялось.	Рана оставлена въ первоначальномъ видѣ.	Съужена перекручиваніемъ лигатуръ.	Средина раны соединена швами; по бокамъ оставл. углы.	Перитонеальный полный шовъ.	Неизвѣстно въ какомъ видѣ оставлена рана.	Итого.
Тампонъ. . .	225	2	1	24	—	252=42,1%
Дренажъ. . .	190	9	5	—	—	204=33,7%
Дренажъ и тампонъ. .	10	—	—	—	—	10= 1,6%
Аппаратъ для орошенія. .	5	1	—	—	—	6=1,01
Неизвѣстно. .	—	—	—	—	127	127=21,4
Итого. .	424=71,5%	12=2,02	6=1,01%	24=4,04%	127=21,4	

18. Средняя продолжительность операціи, указанная въ 97 случаяхъ, равняется $= 1^2/_3$ часа. Эта цифра много больше средней дѣйствительной потому, что въ нашу казуистику вошли случаи операцій, произведенныхъ еще въ первые годы возстановленія экстирпаціи, когда техника была еще не настолько совершенна, какъ теперь. Отдѣльные авторы (Martin, Fritsch) дѣлаютъ нашу операцію даже въ 20 минутъ.

Теперь мы перейдемъ къ обзору собственно послѣопераціоннаго періода.

19. Въ первые часы послѣ операціи на 255 случаевъ 9 разъ (=3,5%) былъ колляпсъ.

20. Смѣна тампона въ 41 случаѣ производилась въ первые 5 дней 19 разъ (=46,3%), въ первые 10 дней 15 разъ (=36,5%); въ остальныхъ 7 случаяхъ первый тампонъ смѣнялся черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

21. Время удаленія дренажа указано въ 22 случаяхъ; изъ нихъ 11 разъ=50% дренажъ былъ удаленъ въ теченіи первыхъ 5 су-

токъ послѣ операціи; 10 разъ въ первые 10 дней послѣ операціи и 1 разъ черезъ 2 недѣли.

22. Въ первыя или даже и вторыя сутки больныя обыкновенно не могутъ произвольно мочиться. Мы объясняемъ себѣ это тѣмъ, что вслѣдствіе удаленія матки, — измѣняется и топографическое положеніе пузыря и привычныя для него фиксаціонные пункты; функціонировать при этихъ новыхъ условіяхъ пузырь приспособляется только въ концѣ первыхъ или вторыхъ, а то и слѣдующихъ сутокъ. Поэтому первое время послѣ операціи приходится опорожнять пузырь катетеризаціей черезъ опредѣленные промежутки времени, или же оставляя катетеръ à demeur.

23. *Діэта.* Въ первые 3 дня оперированныя обыкновенно мало и неохотно ѣдятъ. Большинство авторовъ ограничиваютъ діэту въ эти дни молокомъ, бульономъ и яйцами; съ 4-го-же дня начинаютъ давать понемногу твердую пищу въ видѣ жареной птицы или мяса съ бѣлымъ хлѣбомъ.

24. Первый стулъ въ большинствѣ случаевъ былъ вызываемъ искуственно. Отчасти вслѣдствіе сильнаго послабленія передъ операціей, отчасти вслѣдствіе незначительности принимаемой въ первые дни пищи и покойнаго положенія на спинѣ, причемъ въ большинствѣ случаевъ первыхъ дней 5 примѣняется пузырь со льдомъ на животѣ, а также вслѣдствіе употребленія наркотическихъ, — кишечникъ отличается за все это время своей инертностію, и обыкновенно только на 6—9 день получается послабленіе или послѣ клизмы, или подъ вліяніемъ какого-нибудь слабительнаго.

25. Зарубцевываніе раны происходитъ обыкновенно въ первые 10—14 дней. Признаки хорошаго рубца: или онъ стоитъ въ уровнѣ съ окружающими тканями, или-же (что уже отчасти замѣтно къ концу 2-й недѣли) онъ слегка втянутъ.

Если-же онъ вздутъ, покрытъ обильными, интенсивно окрашенными, легко травматизируемыми и кровоточащими грануляціями, — то это указываетъ на злокачественную ткань (Fritsch).

26—27. Первый день оставленія постели указанъ всего въ 45; а день выписки въ 141 случаѣ.

	При дренажѣ.	При тампонѣ.
Среднiй день оставленія постели . . .	23,4	18,3
» » выписки изъ больницы . .	34,1	22,9

Вліяніе дренажа на продолжительность пребыванія въ постели и на время оставленія больницы говоритъ не въ пользу его примѣненія.

Но здѣсь-же мы должны указать, что докторъ Bokelmann, выписывая оперированныхъ, начиная съ 11-го дня послѣ операціи, несомнѣнно утрировалъ это дѣло и едва-ли въ интересѣ самихъ оперированныхъ. По нашему личному убѣжденію, вытекающему изъ наблюденій послѣоперараціоннаго періода въ клиникѣ нашего учителя, едва-ли гуманно отпустить оперированную изъ-подъ наблюденія раньше $2^1/_2$ недѣль послѣ операціи, потому что и къ этому времени раневой рубецъ еще не успѣваетъ вполнѣ окрѣпнуть, и силы оперированной, пролежавшей въ постели 10—14 дней, могутъ возстановиться только постепенно.

28. Въ послѣоперараціонномъ періодѣ на 173 случая, гдѣ указана температура [1]), приходится:

Лихорадившихъ.	104 = 69,1%
Нелихорадившихъ	69 = 39,9

По способу веденія раны въ послѣ-операціонномъ періодѣ *лихорадившія* распредѣляются такимъ образомъ:

На 69 съ дренажемъ лихорадило . . .	54 = 78,2%
» 87 съ тампономъ » . . .	36 = 41,3
» 16 съ орошеніемъ » . . .	14 = 87,5
172	104 = 60,1%

Изъ этихъ данныхъ видно, что наша операція даетъ сравнительно большой % лихорадящихъ,—и намъ кажется, что въ данномъ отношеніи она никогда не сравняется, напримѣръ, съ оваріотоміей. Объясненіе нашего взгляда на разницу вліянія этихъ двухъ

[1]) Нельзя не пожалѣть, что на нашъ матеріалъ такъ мало данныхъ о ходѣ температуры въ послѣоперараціонномъ періодѣ. Кромѣ того, жаль, что многіе считаютъ еще возможнымъ, не указывая цифровыхъ данныхъ температуры, отдѣлаться однимъ выраженіемъ: «безлихорадочно, легкая лихорадка». А напримѣръ, у Bokelmann'a, рядомъ съ выраженіемъ «почти безъ лихорадки», стоятъ цифры 39,1, 38,6. Какъ понимать это—«почти безъ лихорадки»? Операція наша молода и потому требуетъ болѣе полнаго указанія самыхъ коренныхъ данныхъ, по которымъ можно было-бы вполнѣ изучить ея вліянія на оперированныхъ.

операцій на организмъ оперированной мы желали-бы видѣть въ свойствѣ раневой поверхности. Въ то время, какъ при оваріотоміи, не смотря на величину разрѣза, вся его поверхность получается совершенно гладкая,—при экстирпаціи вся масса клѣтчатки сводовъ и широкихъ связокъ представляетъ рваную (пальцемъ или рукояткой скальпеля) или рѣзано-давленную (ножницами) поверхность, которая,—кромѣ того,—почти сплошь затянута обкалывающими лигатурами. Периферическій слой такой раны состоитъ, слѣдовательно, изъ элементовъ клѣтчатки, болѣе широко травматизированныхъ самымъ характеромъ ихъ разъединенія, чѣмъ то бываетъ при разрѣзѣ острымъ бистуріемъ. Если къ этому присоединить еще и то обстоятельство, что условія возстановленія жизнеспособности въ этихъ периферическихъ слояхъ значительно ухудшены крѣпкимъ затягиваніемъ ткани по мелкимъ участкамъ въ лигатуры,—то намъ кажется, что этими двумя причинами создаются вѣрныя условія необходимости мортификаціи периферическаго (разумѣется, очень тонкаго) слоя клѣтчатки. Какъ-бы ни была асептично проведена операція, насколько-бы ни были вѣрны дезифицирующія средства, приложенныя на раневую поверхность,—извѣстная часть ея (всевозможныя складки) останется внѣ вліянія этихъ средствъ, и, слѣдовательно, можетъ быть мѣстомъ гнилостнаго разложенія омертвѣвающихъ элементовъ.

Въ такомъ взглядѣ, кромѣ теоретическихъ соображеній, насъ поддерживаютъ предъидущія процентныя отношенія лихорадившихъ къ нелихорадившимъ при различныхъ способахъ веденія раны.

Доступъ воздуха въ рану при трехъ указанныхъ способахъ обращенія съ нею значительно разнится.

Тампонъ плотно выполняетъ рукавъ и большую часть раневой воронки,—слѣдовательно, при немъ токъ воздуха около раны сводится почти къ нулю.

При употребленіи дренажа, верхняя часть рукава также выполняется іодоформенной марлей, но самый просвѣтъ дренажа служитъ прямымъ сообщеніемъ раны съ наружной атмосферой, такъ какъ нижній его конецъ, доходящій иногда до входа въ рукавъ (всегда послѣ операціи зіяющаго), а иногда даже выходящій наружу, остается открытымъ.

При способѣ орошенія черезъ рукавъ до раны проходитъ или только одинъ дренажъ, или особенный аппаратъ (см. выше). И тотъ,

и другой, не выполняя всего рукава, служатъ только къ ухудшенію условій въ разбираемомъ нами смыслѣ; такъ какъ собою они препятствуютъ даже нормальному закрытію полости влагалища извѣстнымъ положеніемъ его стѣнокъ.

Если принять во вниманіе измѣненіе внутрибрюшиннаго давленія при всякомъ вдохѣ и выдохѣ, то при каждомъ движеніи діафрагмы мы получимъ удобныя условія насасыванія атмосфернаго воздуха въ рану черезъ дренажъ или орошающій аппаратъ.

При всемъ глубокомъ уваженіи къ авторитету Martin'а, главнаго защитника дренажа, покойнаго Schröder'а, Veit'а, Bardenheuer'а и мн. др. почтенныхъ представителей нашей науки, па основаніи вышеуказаннаго, мы не можемъ признать раціональности примѣненія практикуемаго ими способа веденія раны.

Кромѣ указаннаго нами, весьма важнаго неудобства—какова можетъ быть цѣль дренажа при нашей операціи? Обыкновенно указываютъ на выведеніе гнилостныхъ секретовъ изъ остатка задняго Дугласова мѣшка. По нашему глубокому убѣжденію, дренажъ не можетъ выполнить такой роли.

Въ самомъ дѣлѣ, если вырѣзать верхнюю часть (положимъ, $^3/_4$ высоты) одной стѣнки какой-нибудь полости, то полость все-таки останется сама собою, хотя въ меньшемъ видѣ. То-же самое при экстирпаціи матки: задній Дугласовъ мѣшокъ вскрывается не въ самомъ днѣ его, а всегда передняя стѣнка его, покрывающая парацервикальную клѣтчатку задняго свода, остается,—и слѣдовательно черезъ это остается и полость мѣшка. Какимъ-же образомъ секретъ, собирающійся въ полости мѣшка, будетъ стекать черезъ дренажъ, который лежитъ съ наружной стороны одной изъ стѣнокъ? Schatz это понялъ, и потому хотѣлъ освободить отъ гноя дугласъ, проткнувъ его въ самомъ днѣ и черезъ это отверстіе провелъ дренажъ изъ дугласа прямо въ рукавъ. На 97 случаевъ примѣненія дренажа въ 10 ($=10,3^0/_0$) указано полное отсутствіе выдѣленій черезъ дренажъ, тогда какъ при вскрытіи 7 изъ этихъ случаевъ гной былъ около самой дренажной трубки.

Примѣняя дренажъ,—ошибаются, какъ намъ кажется, еще и въ слѣдующемъ: раневая воронка послѣ нашей операціи, какъ извѣстно, получается довольно высокая, а между прочимъ стѣнки ея имѣютъ несомнѣнную склонность къ сближенію, если не къ полному соеди-

нію. Проводя черезъ средину такой раны одинъ только дренажъ, ухудшающій, по нашему мнѣнію, асептичность раны, мы тѣмъ самымъ остальнымъ поверхностямъ ея даемъ возможность сойтись и склеиться другъ съ другомъ то при помощи свертковъ крови, то сгущающимися секретами самой-же раны. Въ этомъ получается большое препятствіе гнилостнымъ секретамъ, лежащимъ выше склеекъ, что и наблюдалось много разъ въ приведенной нами казуистикѣ.

Наконецъ, говорятъ, что черезъ дренажъ, въ случаѣ появленія гнилостнаго перитонита, можно промывать полость брюшины и такимъ образомъ удалить оттуда скопившіеся гной и кровь. Этотъ доводъ намъ кажется несовсѣмъ убѣдительнымъ послѣ всего, что нами сказано, и тѣмъ болѣе, что есть, по нашему убѣжденію, болѣе надежныя средства избѣжать такихъ осложненій, какъ гнилостный перитонитъ.

Итакъ, на основаніи только что сказаннаго, очевидно, что мы лично склоняемся въ пользу тампонады раневой воронки.

Кромѣ того, что тампономъ мы можемъ, если не абсолютно герметически, то почти такъ, прекратить доступъ атмосфернаго (подъодѣяльнаго) воздуха къ ранѣ; намъ кажется, что, употребляемый въ настоящее время іодоформенно-марлевый тампонъ можетъ сослужить и роль дренажа, каковыя качества онъ получаетъ, благодаря отчасти свойству матеріала, отчасти способамъ обработки его при іодоформированіи. Обыкновенная марля, благодаря тонкости матеріала, изъ котораго ткется, благодаря тому, что вся она состоитъ изъ массы *мелкихъ*, *рыхлыхъ клѣтокъ*, которыя образованы въ ней безъ всякой плотной закрѣпы и узловъ,—должна владѣть одними изъ лучшихъ условій гигроскопичности. Это драгоцѣнное свойство марлеваго тампона увеличивается еще при іодоформированіи, когда марля обработывается глицериномъ, способнымъ, какъ всякій спиртъ, отнимать воду отъ окружающихъ его тканей. И что такой тампонъ дѣйствительно обильно отнимаетъ воду, можно убѣдиться не при одной нашей операціи. Кровь и самыя мелкія твердыя составныя части раневаго секрета также проходятъ черезъ отверстія марли; болѣе-же крупныя твердыя части его осаждаются на поверхности ея; но онѣ, благодаря непосредственному вліянію іодоформа въ тампонѣ, дѣлаются совершенно безопасными въ смыслѣ разложенія ихъ.

Кромѣ всего этого, преимущество примѣненія тампона еще очевидно и въ томъ, что тазовое дно благодаря ему болѣе фиксируется, а чрезъ это уменьшается механическое раздраженіе кишекъ при всякомъ вдохѣ и выдохѣ, на что указываетъ также и докторъ Грамматикаки.

Чтобы покончить съ вопросомъ о дренажѣ, мы здѣсь же укажемъ на тѣ осложненія, которыя были вызваны только имъ самимъ. Эти осложненія касаются поврежденій (пролежней, decubitus) сосѣднихъ мягкихъ органовъ.

На 97 случаевъ встрѣтилось 4 (=4,1%) фистулы въ сосѣдніе органы, изъ которыхъ три (3%) были обусловлены дренажемъ, а одна—пинцетомъ, оставленнымъ въ ранѣ съ кровоостанавливающею цѣлью.

Фистулы эти распредѣляются такъ: въ мочевой пузырь—2 отъ дренажа, 1 отъ пинцета, тонкую кишку—1 отъ дренажа (смерть).

Кромѣ того, два раза дренажемъ былъ вызванъ катарръ рукава, распространившійся потомъ на уретру и мочевой пузырь.

У Martin'a и Fritscha'a было по одному случаю моментальной смерти при промываніи черезъ дренажъ.

Тутъ же мы укажемъ и осложненія отъ употребленія іодоформеннаго тампона, именно на 190 случаевъ встрѣтилось отравленіе іодоформомъ 3 раза = 15%, изъ которыхъ два раза оно окончилось благополучно и одинъ разъ (0,5%) было причиной смерти.

29. Осложненія, непосредственно зависѣвшія отъ операціи.

Вторичныя кровотеченія на 255 случаевъ встрѣтились четыре раза = 1,5%, изъ нихъ два раза въ первые часы послѣ операціи, и два на 10-й день послѣ операціи.

Травматическій перитонитъ на то же количество случаевъ наблюдался три раза = 1,1%, гематома остатка широкой связки была 1 разъ = 0,39%, эксудатъ въ немъ 2 раза = 0,7%.

30. Осложненія, независѣвшія отъ операціи, на то же количество случаевъ: Pneumonia cruposa 1, Phlegmasia alba dolens 1, Phlebitis saphenae 1, Periostitis purul. maxillae 1, отмороженіе наружныхъ покрововъ живота пузыремъ со льдомъ 1.

Результаты операцій.

31. На 599 собранныхъ нами случаевъ умерло 112 = 18,76%. Причина и время смерти распадаются слѣдующимъ образомъ:

Причина смерти.	Общее количество случаевъ.	Часъ смерти послѣ операціи.	Дни смерти послѣ операціи. 2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	14.	17.	21.	28.	29.	42.	45.	Время смерти не указано.
1. Септическ. перитон.	27	—	—	4	6	4	2	3	1	1	1	1	1	—	—	1	1	1	—	—
2. Общій сепсисъ.	21	—	5	3	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
3. Колляпсъ. . .	6	—	1	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
4. Общ. истощеніе.	4	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
5. Shok	3	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
6. Кровотеченія .	3	3 и 8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Отравленія:																				
іодоформомъ. .	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
карб. кислот. .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
сулемой . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
8. Скоропост. смерть при промыв. раны	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Гнойн. бронхитъ.	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
10. Occlusio intestin.	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Эмболія легкихъ.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
12. Парал. сердца.	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
13. Піэмія . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Рожист. воспал.	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Неизвѣстно. .	31	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1 [1])	—	—	—	—	—	—	28
Итого. . .	112	3	11	8	13	5	2	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	46

Полученный нами % смертности послѣ операціи значительно меньше многихъ такихъ же вычисленій, сдѣланныхъ другими авторами; но онъ больше послѣдняго вычисленія Martin'а, гдѣ на 311 операцій было 47 съ летальнымъ исходомъ = 15,1%. Это зависитъ отъ того, что % смертности рѣзко уменьшается годъ отъ году; такъ *Brunner* [2]) за 1879 годъ высчитываетъ смертность отъ операціи = 50%; за 1880 г. = 41%; за 1881 г. = 29% и т. д. Взятые проф. Martin'омъ 311 случаевъ относятся именно къ болѣе *позднимъ* годамъ нашей операціи.

Кромѣ того, всякій изъ оперировавшихъ имѣлъ свой собственный % смертности, который зависитъ, по всей вѣроятности, отъ различной степени асептичности оперированія; такъ какъ превалирующее

[1]) Одинъ скоропостижно.
[2]) l. c.

количество (44,6%) изъ оперированныхъ умерло отъ септическаго зараженія.

Заяицкій. . .	на 30	операц.	получ.	8 =	26,6%	смерт.	исход.
Schröder . . .	» 46	»	»	12 =	26	»	»
Martin	» 94	»	»	19 =	20,2	»	»
Fritsch. . . .	» 60	»	»	7 =	11,6%	»	»
Проф. Лебедевъ	» 12	»	»	1 =	8,2	»	»
Leopold . . .	» 42	»	»	3 =	7,1	»	»
Staude. . . .	» 22	»	»	1 =	4,5	»	»
Оттъ	» 11	»	»	0 =	0	»	»

32. Въ 156 (25,9%) случаяхъ, перенесшихъ операцію, *дальнѣйшая судьба осталась неизвѣстной.*

33. Всего рецидивировавшихъ было 126 = 21,1%;

Изъ нихъ канкроидовъ было	36 =	28,5%
Раковыхъ формъ шейки. .	59 =	46
Саркома шейки	1 =	0,7
Раковъ тѣла	7 =	5,5
Саркома тѣла.	1 =	0,7
Форма рака не указана. .	22 =	17,4

Средній возрастъ рецидивировавшихъ для различныхъ формъ = 40,7 л. (слѣд. ниже средняго оперированныхъ), среднее количество беременностей у рецидивировавшихъ = 4,3 (меньше общаго средняго оперированныхъ).

Средняя продолжительность времени отъ появленія первыхъ симптомовъ до операціи . . . . = 6,9 м-ца (Меньше общаго средняго оперированныхъ).

Средній періодъ появленія рецидива для всѣхъ формъ рака . . . . = 8,1 м-ца

Въ частности для рецидивировавшихъ при канкроидѣ въ среднемъ имѣли возрастъ = 40 л.

При ракахъ шейки . . . . = 44,2

» ракѣ тѣла . . . . = 47 л.

Количество беременностей для рецидивировавшихъ при канкроидѣ въ среднемъ приходилось 4

При ракахъ шейки. 5

» ракѣ тѣла. 0

Продолжительность времени отъ начала заболѣванія до операціи у рецидивировавшихъ при канкроидѣ	6,2	мѣсяца.
При ракахъ шейки	7,1	»
При ракѣ тѣла	12	»

Желая отыскать теоретически возможное соотношеніе между возрастомъ оперированной, количествомъ перенесенныхъ ею беременностей, и также продолжительностью болѣзни отъ появленія первыхъ симптомовъ до операціи и тою или другою скоростью появленія рецидива, мы натолкнулись на неизвѣстную намъ прежде зависимость быстроты появленія рецидива отъ возраста оперированной.

Правда, мы имѣемъ въ распоряженіи всего 70 случаевъ, гдѣ указанъ одновременно и возрастъ оперированной и срокъ появленія рецидива, но правильность наростанія безрецидивнаго періода съ постепеннымъ возмужаніемъ оперированныхъ, полученная почти безъ исключенія въ располагаемомъ нами рядѣ цифръ, заставляетъ обратить на себя вниманіе.

Мы получили именно слѣдующее:

Возрастъ оперирован. по поводу канкроида и рака шейки [1]).	Среднiй срокъ появленія рецидива.
Отъ 25—30	3 мѣсяца.
» 30—35	4,5 »
» 35—40	5,3 »
» 40—45	5,8 »
» 45—50	7,2 »
» 50—55	7,5 »
» 55—60	6 »
» 60—65	13 »

Выводъ изъ этой таблицы очевиденъ: чѣмъ моложе возрастъ оперированной, тѣмъ больше шансовъ на болѣе ранній рецидивъ, если только почему-нибудь она относится къ числу имѣющихъ рецидивировать. И наоборотъ—рецидивы у болѣе пожилыхъ оперированныхъ наступаютъ позже, чѣмъ у оперированныхъ въ болѣе молодые годы.

---

[1]) Случаевъ появленія рецидива при карциномѣ тѣла, гдѣ вмѣстѣ съ тѣмъ указанъ и возрастъ оперированной, у насъ всего 4, и потому мы ихъ не беремъ въ эту таблицу.

Мы не возьмемъ на себя смѣлости обобщать полученной нами выводъ, по незначительности имѣющагося у насъ матеріала. Но если подобное соотношеніе дѣйствительно можетъ имѣть мѣсто, то чѣмъ объяснить его? Намъ кажется, что легче всего можно было-бы отыскать объясненіе такого явленія въ неодинаковой напряженности жизненной энергіи половой сферы въ разные періоды жизни. Если даже совершенно исключить производительную способность и то быть можетъ только (см. раньше выводы д-ра Грамматикаки) отсутствіемъ плодохранилища, такъ какъ Köberle [1]) утверждаетъ, что видѣлъ случай внѣматочной беременности послѣ экстирпаціи матки, то у насъ нѣтъ данныхъ отрицать продолженія у болѣе молодыхъ оперированныхъ совершенно нормальной потребности на coitus, на что у насъ есть даже указаніе въ случаѣ, напр., д-ра Байкова. Съ постепеннымъ же возмужаніемъ и эта потребность постепенно падаетъ и жизнь всей половой сферы понижается до нуля. Въ такой періодъ жизни энергія клѣточныхъ элементовъ различныхъ тканей сводится, какъ извѣстно, до физіологическаго minimum и, быть можетъ, инородные элементы, подъ каковыми здѣсь мы разумѣемъ раковые зародыши, не находятъ тогда достаточно благопріятныхъ условій хорошаго питанія, могущаго обусловить ихъ болѣе быстрый ростъ. Быть можетъ въ этомъ смыслѣ раціональнѣе было-бы каждый разъ вырѣзывать оба яичника.

Таблица рецидивовъ.

Форма рака.	Время не указано.	Вскорѣ.	Время появленія рецидива въ мѣсяцахъ. 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	18.	21.	24.
Канкроидъ . .	4	1	2	4	4	4	3	2	2	1	1	2	1	1	—	1	—	1	—	1	1
Раковыя формы шейки . . .	6	6	1	5	9	4	6	4	2	1	1	1	2	6	—	1	2	—	3	—	—
Ракъ тѣла . .	3	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Форма неизвѣстна	5	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—	1	1	—	1	—	8	—	1

Количество

Исключая изъ имѣющагося у насъ общаго количества рецидивовъ 18 случаевъ, гдѣ время появленія рецидива не указано, мы получимъ, что наибольшее количество (56,4%) возврата болѣзни выясняется уже въ первое полугодіе послѣ операціи такъ: *въ первое же полугодіе* рецидивировали:

---

[1]) Kocks. Archiv f. Gynäkol. B. XIV. H. I.

Изъ 32 канкроидовъ	20 =	62,5°/°
» 54 раковъ шейки.	35 =	64,8
» 5 тѣла	4 =	80
» 17 неизвѣстныхъ формъ.	2 =	11,8
Итого . . 108	61 =	56,4°/₀

До конца перваго года послѣ операціи рецидировали:

Изъ 32 канкроидовъ	28 =	87,5°/₀
» 54 раковъ шейки.	48 =	88,8
» 5 рака тѣла	5 =	100
» 17 неизвѣстныхъ формъ.	6 =	35,3
Итого . . 108	87 =	80,5°/₀

Къ 3-му полугодію рецидивировали:

Изъ 32 канкроидовъ.	30 = 93,7°/₀
» 54 раковъ шейки	54 = 100 »
» 17 неизвѣстныхъ	16 = 94,1 »
103	100 = 97,8°/₀.

Появленія рецидивовъ *не было* позже конца 2-го года послѣ операціи, и на это послѣднее (четвертое послѣ операціи) полугодіе оставалось всего три случая, изъ которыхъ 2 относились къ канкроидамъ и 1—неизвѣстной формы.

34. Оставшихся различные промежутки времени послѣ операціи безъ рецидива на нашъ матеріалъ было 205=34,2°/₀.

Средній возрастъ ихъ безъ различія формы рака 43,7 г. } Слѣдовательно больше общаго средняго оперированныхъ.
Среднее количество беременностей на каждую 6,2 »
Средняя продолжительность отъ начала заболѣв. до опер. 7,5 м.
Средняя продолжительность безрецидивнаго періода 18,2 »

Всего канкроидовъ было . .	62 = 30,3°/₀
» раковъ шейки . . .	89 — 43,2 »
» ракѣ тѣла	34 — 16,6 »
» формъ неизвѣстныхъ .	20 — 9,8 »

Средній возрастъ при канкроидѣ . . . . 43,1 года.
» » » ракахъ шейки . . . 41,2 »
» » » ракѣ тѣла . . . . 51,8 »
Среднее колич. беремен. при канкроидѣ. . 6,1 »
» » » » раковъ шейки 6,6 »
» » » » ракѣ тѣла. . 5,9 »

Средняя продолжительность отъ начала заболѣванія до операціи:
при канкроидѣ. . . . . . 6 м-цевъ.
» ракахъ шейки . . . . 7,5 »
» ракѣ тѣла . . . . . 15,6 »

Средняя продолжительность безрецидивнаго періода
при канкроидахъ . . . . 19,5 м-цевъ.
» ракахъ шейки. . . . 19,1 »
» ракѣ тѣла. . . . . 26,2 »
» неизвѣстныхъ формахъ . 9,8 »

Таблица случаевъ всѣхъ формъ рака, остававшихся различное время послѣ операціи безъ рецидива.

Продолж. безрецид. періода, указ. въ мѣс.	Форма рака. Канкроидъ.	Раки шейки.	Ракъ тѣла.	Неизвѣстн. формы.	Продолж. безрецид. періода, указ. въ мѣс.	Форма рака. Канкроидъ.	Раки шейки.	Ракъ тѣла.	Неизвѣстн. формы.
2	1	4	—	—	27	—	2	—	—
3	—	3	1	—	28	—	2	—	—
4	4	3	1	1	30	5	1	1	—
5	—	3	—	—	31	—	1	1	—
6	4	3	3	10	32	—	—	1	—
7	2	1	—	—	33	—	1	—	—
8	3	4	2	2	34	1	1	1	—
9	—	1	1	—	35	1	—	1	—
10	—	4	—	—	36	—	1	—	—
11	—	—	1	1	37	1	—	—	—
12	8	7	2	3	38	—	1	1	—
13	4	1	—	—	39	2	1	2	—
14	—	4	—	—	40	1	1	—	—
15	2	3	1	—	41	1	1	—	—
16	2	2	—	—	42	1	2	—	—
17	2	1	—	—	43	—	1	—	—
18	4	8	1	1	44	—	—	2	—
19	—	—	2	—	45	—	—	—	—
20	—	3	—	—	46	—	1	—	—
21	4	2	2	—	48	1	3	2	—
22	—	1	1	—	49	—	—	1	—
23	—	1	—	—	64	—	1	—	—
24	3	3	1	2	69	—	—	1	—
25	5	2	—	—	72	—	—	1	—
26	—	4	—	—					

Слѣдовательно, изъ безрецидивныхъ около 80% остались совершенно здоровыми болѣе ½ года, 58,3% болѣе 1 года, 41,6% свыше 1½ года, 28,9% свыше двухъ лѣтъ, т. е. такой періодъ, послѣ котораго ихъ съ большой увѣренностью можно считать радикально излеченными. Къ этимъ послѣднимъ относятся:

канкроидовъ	19=17,9%
раковъ шейки	26=29,5 »
рака тѣла.	14=42,3 »

35. Что касается въ частности судьбы различныхъ формъ рака, то мы имѣемъ слѣдующія данныя:

	Умерло.	Перенесли операц.; но дальн. судьба неизв.	Рецидивъ.	Безъ рецидива.
Изъ 142 канкроидовъ .	23—16,2%	21—14,7%	36—25,2%	62—43,6%
Изъ 291 сл. рака шейки.	49—16,9 »	93—32 »	60—20,6 »	89—33,3 »
Изъ 77 сл. рака тѣла.	18—23,3 »	17—22 »	8—10,4 »	34—44,1 »
Изъ 88 сл. неизв. формы	22—25 »	24—27,7 »	22—25 »	20—22,7 »

Слѣдовательно, — наибольшій % смертности относится къ раку тѣла матки. Зависитъ это, быть можетъ, отъ того, что эта форма рака встрѣчается главнымъ образомъ въ наиболѣе пожиломъ возрастѣ женщины. *Но вмѣстѣ съ тѣмъ эта форма даетъ наибольшій процентъ радикальнаго излеченія; почти такой же результатъ, но все-таки меньшій, получился для рака влагалищной части. Значительно хуже прогнозъ въ смыслѣ радикальности операціи дали раки шейки и та частъ нашего казуистическаго матеріала, гдѣ форма рака авторами не указана.*

X.

Ампутація.

1. Нашъ казуистическій матеріалъ ампутаціи маточной шейки по поводу рака состоитъ изъ 417 случаевъ.

2. Возрастъ оперированныхъ указанъ въ 92-хъ случаяхъ; причемъ наибольшій былъ 61; наименьшій 19 и 22; средній возрастъ оперированныхъ—38,6 л.

Свыше 40 лѣтъ	оперировано.	.	19,7%
» 45 »	»	. .	11,6
» 50 »	»	. .	5,8
» 55 »	»	. .	1,16
» 60 »	»	. .	1,16

3. Среднее количество беременности на 80 указанныхъ рожавшими женщинъ = 4,2. Наибольшее = 12 родовъ и 8 оперированныхъ не рожали.

4. Средняя по 49 указаннымъ случаямъ продолжительность заболѣванія = 5,3 мѣсяца; наибольшая 10, наименьшая $1^{1}/_{2}$ мѣсяца.

5. На 417 случаевъ было 132 (= 31,6%) раковъ portionis и 68 раковъ шейки (= 16,4%) 1 случай первичнаго рака влагалища, а въ остальныхъ форма рака не указана.

6. Пораженіе сводовъ и стѣнокъ рукава было:

При ракѣ portionis	18 = 9,5%
» » colli.	2 = 1,05%

Уплотненіе параметральной клѣтчатки было:

При ракѣ portionis	9 = 4,7%
» » colli.	20 = 11%

Совмѣстнаго пораженія и сводовъ и клѣтчатки было:

При ракѣ portionis	3 = 2,1%
» » colli.	4 = 2,6%
	56 = 13,4%

7. По методамъ производства ампутаціи собранный нами матеріалъ распадался на три слѣдующихъ группы:

1) Ампутаціи посредствомъ гальванокаустической петли.	215
2) » » отдавливающихъ (экразеры) инструментовъ	29
3) Ампутаціи посредствомъ рѣжущихъ инструментовъ .	173
Итого	417

А. Изъ 215 случаевъ ампутаціи гальванокаустической петлей въ 77, болѣе подробно описанныхъ, было:

Конкроидовъ portionis . .	57 = 74%
Раковъ шейки	20 = 25,9%

На тоже количество (77), болѣе подробно составленныхъ, исторій болѣзни, пораженіе распространялось на сводъ или стѣнку рукава 10 разъ = 13%.

Указано уплотненіе парацервикальной клѣтчатки 3 раза = 38%.

Какъ осложненія при операціи на тоже количество случаевъ было:

Вскрытіе брюшины сзади . . .	42	} = 20%
» » и спереди . .	1	
Пораненіе мочеваго пузыря . . .	1 = 0,4	
Первичныхъ кровотеченій . . .	7 = 3,2%	

Осложненія въ послѣ операціонномъ періодѣ:

Послѣдовательныхъ кровотеченій	15 = 7%
Пузырныхъ фистулъ при отдѣленіи струпа .	3 = 1,4
Периметритовъ	2 = 0,9
Параметритовъ	2 = 0,9
Trimus и tetanus	1 = 0,4

Какъ дальнѣйшія послѣдствія операціи, на 33 случая Pawlik'а, было 3 раза (= 9%) дизменорройныя явленія вслѣдствіе рубцоваго стягиванія церквикальнаго отверстія; 13 разъ (изъ нихъ въ одномъ случаѣ 4, въ другомъ 3 повторныхъ на одной и той-же больной) явленія haematometrae, что = 39,3%.

Результаты операціи.

На 215 случаевъ:

умерло отъ операціи.	15 = 6,9%
указаны неизлеченными.	16 = 7,4%
указаны, какъ перенесшія операцію, но съ неизвѣстной дальнѣйшей судьбой.	59 = 27,4
получившихъ въ разные промежутки времени послѣ операціи рецидивъ . .	69 = 32,06%
оставшихся разное количество времени безъ рецидива	56 = 26%
Итого . . .	215

Таблица рецидивовъ [1]) послѣ ампутаціи.

Время наступленія рецидива въ мѣсяцахъ:

	Время не указано.	Вскорѣ.	3.	6.	8.	9.	10.	18. Мѣсяцы.
Канкроиды.	—	8	1	1	1	1	1	—
Colli	—	—	—	—	—	1	1	—
Форма не указана. .	54	14	--	1	—	—	—	1

Количество случаевъ.

[1]) Сюда же включены 16 случаевъ «неизлеченныхъ». (Pawlik).

Таблица нерецидировавшихъ случаевъ.

Безрецид. періодъ обознач. въ м-цахъ.	Форма рака.		
	Канкроидъ.	Раки шейки.	Форма не указана.
Время не указано.	2	—	—
2	1	—	—
7	1	—	—
8	2	—	—
9	1	—	—
11	1	—	—
12	—	—	2
13	1	—	—
14	2	—	—
15	1	—	—
18	—	—	2
19	1	—	—
20	2	—	—
24	1	—	—
27	1	—	—
28	—	1	—
30	1	2	2
34	—	—	1
36	3	1	—
40	2	—	—
42	2	—	—
48	1	—	2
52	—	1	—
59	1	—	—
60	1	—	—
63	—	—	2
70	1	—	—
73	1	—	—
76	1	—	—
98	1	—	—
103	1	—	—
104	1	—	—
120	—	1	—
124	—	1	—
127	1	—	—
144	1	1	—
251	—	1	—

Безъ рецидива осталось:

изъ 57 случаевъ рака влагалищной части 36 = 63,1%
» 20 » » » шейки 9 = 45%

Б. Ампутацій помощью отдавливающихъ инструментовъ собрано нами всего 29 случаевъ [1]).

Какъ дальнѣйшее послѣдствіе операціи, одинъ разъ указано (Wherry) haematometra.

Изъ 29 случаевъ умерли отъ операціи 5 (2 Werneuil и 3 Thevenot) = 17,2%.

Изъ 24 остальныхъ:

1 безъ рецидива «нѣсколько лѣтъ» *(Mourphy)*.
1 » » 1 годъ *(Wherry)*.
1 » » 2 года *(Fournaise)*.
1 » » 4 » *(Marchand)*.

---

[1]) Считаемъ себя вынужденными замѣтить здѣсь, что эта часть собраннаго нами матеріала описана авторами крайне неудовлетворительно.

1 «прожила»	15	м-цевъ [1])	(*Thevenot*).
1 »	12	»	
1 »	6	»	
2 »	1^1/$_2$	м-ца	

На 15 перенесшихъ операцію *Werneuil* получилъ слѣдующіе результаты:

въ 2-хъ результатъ былъ «дурной».
» 6 » » » «посредственный».
» 3 » » » «удовлетворительный».
» 3 » » » «весьма удовлетворительный».
» 1 » » » «неизвѣстный».

Какъ понимать такія опредѣленія результатовъ операціи по поводу рака,—мы не знаемъ. Но не думаемъ, чтобы авторъ (Werneuil) получилъ хоть одинъ радикальный случай излеченія, такъ какъ онъ много разъ въ различныхъ медицинскихъ собраніяхъ Парижа высказывался противъ *возможности* такого леченія рака матки.

В. Изъ 173 случаевъ ампутаціи помощью рѣжущихъ инструментовъ форма рака указана въ 118 исторіяхъ болѣзни.

На 173 случая было: канкроидныхъ разращеній влагалищной части 69 (39,8%); раковъ шейки 48 (27,9%); неизвѣстныхъ формъ рака нижняго отрѣзка матки 55 (31,7%); первичный ракъ влагалища 1 (0,5%).

На 96 болѣе подробно описанныхъ было: пораженіе сводовъ или стѣнокъ рукава 17 разъ (17,7%); укороченіе lig. sacrouterina 26 (27%).

Суправагинальныхъ ампутацій по Schröder'у было сдѣлано 105; изъ нихъ 89 разъ она была выполнена на одинаковую высоту на передней и задней губѣ, а въ 16 одна сторона, гдѣ было большее пораженіе, ампутирована supra, а другая, съ меньшимъ пораженіемъ или *повидимому* даже совсѣмъ здоровая, отнималась infra-вагинально.

Въ 51 случаѣ высота отнятія влагалищной части не указана.

Въ 9 случаяхъ *Baker* произвелъ операцію по своему способу. Воронкообразныхъ эксцизій сдѣлано 4, клинообразныхъ—3.

---

[1]) Къ сожалѣнію, авторъ не указываетъ,—были ли его оперированныя *свободны отъ рецидива*, или онѣ только «прожили» означенный срокъ послѣ операціи.

Ампутація съ послѣдовательнымъ выскабливаніемъ кюреткой 1разъ.

На 96 случаяхъ *Hofmeier*'а указано 8 разъ, что уже при операціи было очевидно, что удаленіе совершено не вполнѣ.

Какъ случайныя осложненія при операціи были: 1 разъ—разрывъ задней Дугласовой складки отъ неумѣреннаго низведенія (Spiegelberg); 1 разъ—обнаженіе брюшины при воронкообразной эксцизіи (Spiegelberg); 1 разъ—пораненіе пузыря при суправагинальной ампутаціи (Van de Warker); 1 разъ—прободеніе стѣнки матки при выскабливаніи (Van de Warker); 1 разъ—вскрытіе прямой кишки при суправагинальной ампутаціи (Hofmeier).

Результаты операціи таковы:

1. Умерло отъ операціи	16 =	9,2%
2. Вскорѣ послѣ операціи исчезли изъ подъ наблюденія, судьба ихъ неизвѣстна	14 =	8,9%
3. Результаты обозначены авторами неясно *)	12 =	7,5%
4. Указаны, какъ получившія чрезъ различные промежутки времени рецидивъ	76 =	43,9%
5. Оставшіяся извѣстное время послѣ операціи безъ рецидива	55 =	31,9%
Итого. . .	173	

Случаи рецидивовъ.

Форма рака.	Вскорѣ.	Время не указано.	1.	2.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	12.	15.	16.	18.	21.	24.	29.	32.	36.	42.	57.	66.
			Время наступленія рецидива въ мѣсяцахъ.																				
Канкроидъ. . .	7	—	2	2	4	2	6	1	1	1	1	5	1	—	1	—	1	1	—	2	2	1	1
Ракъ шейки. .	6	—	1	2	1	—	4	—	2	2	—	2	—	1	—	1	2	—	1	—	—	—	—
Форма не указана.	1	3	—	1	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 5 «излеченіе» } prof.
1 «улучшеніе» } Wallace.
5 «выздоровленій» }
1 «сомнительный случай» } Watson.

Слѣдовательно:

На 69 случаевъ канкроида рецидивировали. 42 = 60,8%
» 48 » » рака шейки. . 25 = 52%

Нерадикальность операціи выяснилась *въ теченіи 1-го года*:

Изъ 42 рецидивированныхъ канкроида . . 32 = 76,2%
» 25 » раки шейки. . 20 = 80%

Нерадикальность операціи выяснилась *въ теченіи 2-хъ л.*:

На 42 рецидированныхъ канкроида . . . 35 = 83,3%
» 25 » рака шейки. . . 22 = 96%

Слѣдовательно, ракъ шейки, если только онъ будетъ рецидивировать, проявитъ возвратъ болѣзни *главнымъ образомъ* (въ 96,%) въ теченіи первыхъ двухъ лѣтъ послѣ операціи; тогда какъ между рецидивирующими канкроидами по истеченіи этого времени остается еще около 17%, которые рецидивируютъ значительно позже.

Таблица случаевъ, бывшихъ разное время послѣ операціи безъ редидива.

Время въ мѣсяц.	Форма рака. Portionis.	Colli.	Форма не указана.	Первичный ракъ влагалища.	Время въ мѣсяц.	Форма рака. Portionis.	Colli.	Форма не указана.	Первичный ракъ влагалища.
	Количество случаевъ.					Количество случаевъ.			
1	1	—	—	—	36	1	1	—	—
5	1	—	1	—	38	—	1	—	1
6	2	—	1	—	40	1	—	—	—
11	—	—	1	—	42	—	2	—	—
12	1	—	—	—	43	1	2	—	2
13	1	—	—	—	44	2	1	—	—
14	2	—	—	—	46	—	1	—	—
17	2	—	—	—	48	—	1	—	—
18	—	—	2	—	55	1	—	—	—
19	—	2	—	—	57	1	—	—	—
21	—	—	1	—	60	1	—	—	—
22	—	—	1	—	63	1	—	—	—
24	—	—	1	—	72	—	1	—	—
25	1	—	—	—	77	—	1	—	—
26	—	1	—	—	80	1	—	—	—
27	2	1	1	—	84	—	1	—	—
28	1	—	—	—	120	1	—	—	—
29	1	—	1	—	192	1	—	—	—
30	—	1	—	1					

Общій результатъ всѣхъ трехъ способовъ ампутаціи.

1. Умерли отъ операціи	36	—	8,7%
2. Перенесли операцію, но вскорѣ исчезли изъ подъ наблюденія и дальнѣйшая судьба ихъ неизвѣстна.	105[1])	—	25,4 »
3. Рецидивировали	161[2])	—	38,3 »
4. Безъ рецидива	115	—	27,3 »
5. Изъ 132 канкроидовъ рецидивировали . .	55	—	41,6 »
Безъ рецидива	63	—	47,9 »
6. Изъ 68 раковъ шейки рецидивировали . .	27	—	39,7 »
Безъ рецидива	26	—	38,2 »
7. Изъ 216 случаевъ рака нижняго отрѣзка матки рецидивировали	79	—	36,5 »
Безъ рецидива	25	—	11,5 »

XI.

Подведемъ общій итогъ разсматриваемымъ нами операціямъ.

	Экстирпація.	Ампутація.
Всего собрано нами 1,016 случаевъ. .	599	417
Сопоставляя условія и результаты обѣихъ операцій, получимъ слѣдующее:		
1. Средній возрастъ оперированныхъ былъ	42,7	38,6
2. Свыше 40 лѣтъ оперировано было .	24,1%	19,1%
3. Среднее количество беременностей у оперированныхъ было	5,5	4,2
4. Средняя продолжительность отъ начала заболѣванія до операціи		
при канкроидѣ.	7,9	7,5
» ракѣ шейки.	7,8	5,4 мѣс.
» » тѣла	11,4 мѣс.	—

---

[1]) Сюда включены 15 случаевъ Werneuil и 5 случаевъ Thevenot, гдѣ результаты указаны неясно.

[2]) Сюда же включены 16 случаевъ Pawlik, помѣченные, какъ „неизлѣченные“.

5. Операція сдѣлана по поводу:		
канкроида	23,9%	31,6%
раковъ шейки	48,7 »	16,3 »
рака тѣла	12,6 »	0
Неизвѣстныхъ разновидностей рака матки (вообще)	14,8 »	—
Неизвѣстныхъ разновидностей рака нижняго отрѣза матки	—	53,2 »
6. Раковое пораженіе распространялось на своды, рукавъ, параметріи и ligg. sacro-uterina	37,9 »	28,7 »
7. Постороннихъ осложненій (припуханіе железъ, лихорадка до операціи, боль въ почкахъ, опухоли матки, придатковъ и пр.) .	14,1 »	?[1]
8. Осложненія *при* и *послѣ* операціи: колляпсъ	3,5 »	?
9. Осложненія: первичныя и вторичныя кровотеченія	14,8 »	5,9 »
10. Пораженіе сосѣднихъ органовъ *при* и *послѣ* операціи (decubitus отъ дренажа и пр.)	9,8 »	13,1 »
11. Осложненія воспалительнаго характера въ послѣопераціонномъ періодѣ . . .	2,3 »	1,4 »
12. Умерло въ послѣопераціон. періодѣ	18,2 »	8,7 »
13. Рецидивировали въ послѣопераціонномъ періодѣ	21,1 »	38,3 »
14. Оставались различное время послѣ операціи безъ рецидива	34,2 »	27,3 »
15. Дальнѣйшая судьба неизвѣстна . .	25,9 »	25,4 »

На основаніи такого сопоставленія, приходится высказаться въ пользу болѣе широкаго предпочтенія полной экстирпаціи.

Въ самомъ дѣлѣ условія для операціи (съ 1-го по 8-е) всѣ были хуже при экстирпаціи, чѣмъ при ампутаціи, и если % смертности при первой вдвое больше, то онъ всецѣло искупается % радикальнаго излеченія при ней.

---

[1]) Не указано.

Тѣмъ съ бо́льшимъ правомъ мы сдѣлаемъ такой выводъ, если сопоставимъ частоту редицивовъ *различныхъ формъ рака* при каждой изъ разсматриваемыхъ операцій:

		Экстирпація.	Ампутація.
Рецидивировали:	канкроиды	25,2%	41,6%
»	раки шейки	20,6	39,7
»	» тѣла	10	—
Неизвѣстныя разновидности:			
Рака матки		25	—
Рака нижняго отрѣзка матки		—	36,5

Гдѣ искать причину меньшей радикальности ампутаціи, мы не знаемъ, потому что случаевъ, гдѣ указано мѣсто (культя, клѣтчатка и т. д.) редицива послѣ ампутаціи въ нашемъ распоряженіи слишкомъ мало, отчего этотъ вопросъ и не затронутъ нами. Но, во всякомъ случаѣ, мы думаемъ, что въ намѣченной цѣли (радикальности операціи) экстирпація не можетъ *ухудшить* прогнозъ, такъ какъ ею удаляется весь органъ, служащій, главнымъ образомъ, мѣстомъ дальнѣйшаго распространенія большинства раковыхъ формъ матки и кромѣ того при ней мы въ состояніи сдѣлать болѣе надежное очищеніе параметральной клѣтчатки. А это главныя условія надежды на успѣхъ.

Не имѣетъ ли вліянія здѣсь болѣе молодой возрастъ оперированныхъ ампутаціей?

Литература, не вошедшая въ текстъ.

Andrews, Journ. Amer. med. Associat. 1886. № 4.
Antal, Pest. med. chirurg. Presse. 1880. p. 237.
Baker, British med. Journ. 1883. p. 837.
Bardenheuer, Deutsch. med. Wochenschr. 1881. № 51.
— Archiv f. Gynäk. B. XVIII. H. III.
Baum, Wien. med. Presse. 1880. № 49.
Beneke, Berlin. klin. Wochenschr. 1880. № 11.
Blau, Inaug. Dissertation. 1870. Berlin.
Böckel, Gaz. d. Hôpit. 1884. p. 525.
— Gaz. med. d. Strasdourg. 1884. p. 105.
Bunge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IX. p. 231.
Burton, Centr. f. Gynäk. 1884. № 8.
Byford, Journ. amer. med. Association. 1884. № 19.
Bylicki. Centr. f. Gynäk. 1884. № 12.
Cormac, Brit. med. Journ. 1882. p. 61.
Dibowsky, Inaug. Dissertation. 1880. Leipzig.
Dubois, Journ. d. med. (Bruxelles). 1882. p. 15.
Duncan, Amer. Journ. Obstetr. 1884. p. 647.
Duvelius, Centralbl. f. Gynäk. 1885. № 12.
— Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. B. IX. p. 219.
Engelmann, Annal. d. gynec. 1882. p. 444.
Feuilleton, № 45. Berlin. klin. Wochenschr. 1882.
— Britisch. Journ. 1883. p. 837.
— Gaz. d. Hopit. 1883. № 69.
Féré et Caron, Progrès med. 1883. № 52.
Forger, Brit. med. Journ. 1882. p. 522.
Fournaise, Gaz. hebdomad. d. méd. et d. chir. 1882. p. 204.

Gallard, Gaz. d. Hôpit. 1883. p. 121.
Gasches-Sarraute, Arch. d'Obstetr. et d. Gyn. 1886. № 11.
Gerhardt, Inaug. Dissertation. 1883. Halle.
Gillette, Centr. f. Gynäk. 1886. № 15.
Girard, Marceil med. 1884. p. 272.
Goodel, Boston med. a. surg. Journ. 1880. p. 241.
Gotschalk, Central. f. Gynäk. 1886. № 44.
Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. B. X. B. XII. p. 193.
Jackson, Journ. Amer. med. Assoc. 1885. № 7.
Kelly, Ibid. 1886. № 5.
Kehrer, Centralbl. f. Gyn. 1882. № 3.
Klotz, Ibid. 1886. № 2.
Knowley, Brit. méd. Journ. 1882. p. 522.
Kocher, Revue med. de la Suisse. 1881. p. 653.
Le-Fort, Annal. de gynec. 1888. p. 51.
Lohlein, Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. B. IX. p. 231.
Marchand, Centr. f. Gynäk. 1886. № 15.
Martin, A. Wien. med. Presse. 1881. № 17.
— Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IX. pp. 212 u. 431.
Märtin, E., Berlin. klin. Wochensch. 1873. № 28.
Montgomery, Journ. amer. med. Associat. 1886. № 5.
Müller, Journ. d. soc. scient. 1885. p. 27. Gaz. méd. d. Strasbourg. 1885. p. 61.
Müller, C. I. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XI. p. 178.
Noegerath, Amer. Journ. Obstetr. 1878 p. 136.
Palaillon, L'Union méd. 1882. p. 325.
Palmer, Amer. med. Associat. 1884. № 19.
Pamard, Annall. d. gynec. 1886. p. 284.
Pozzi, Centr. f. Gynäkol. 1886. № 25.
Rabenau, Berlin. klin. Wochenschr. 1883. № 13.
Reamy, Centralbl. f. Gynäk. 1884. № 31.
Reuss, Archiv f. Gynäk. XVII. H. I.
Richelot, Centralbl. f. Gynäk. 1886. № 15.
Rokitansky, Wiener med. Presse. 1882. №№ 21, 22, 28.
Ruge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XII. p. 202.
Routh, Obstetr. Transact. 1867. vol. VIII.
Sänger, Centralbl. f. Gynäk. 1883. № 49.

Sappey, Traité d'anatomie descriptive. II.
Schmidt, Centralbl. f. Gyn. 1882. № 11.
Schramm, Centralbl. f. Gynäk. 1886. № 2.
Schröder, Ibid. 1884. № 8. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. B. IX. p. 212.
— Brit. med. Journ. 1882. p. 520.
Schwarz, Centralbl. f. Gynäk. 1883. № 13.
Schultze, Ibid. 1886. № 17.
Stratz, Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. B. XIII. H. I.
Tauffer, Pest. med. chir. Presse. 1882. p. 91.
Tillau, Arch. d. Tocolog. 1885. p. 832.
Trelat, Ibid. p. 825.
Veit, Wiener med. Presse. 1882. № 26.
Verneuil, Annal. d. gynec. 1888. p. 57.
Vulliet, Nouv. Arch. d'Obstetr. et d. gynec. 1886. № 8.
Wallace, Brit. med. Journ. 1883. p. 519.
Willson, Journ. amer. med. Associat. 1886. № 8.
Wölfler, Pest. med. chirurg. Presse. 1880. p. 475.
Архангельскій, Ив., Диссертація. 1862. Спб.
Башкировъ, О ракѣ матки. Диссерт. 1868. Москва.
Бѣляевъ, Мед. Обозр. т. XXVI. Дневникъ Общ. Казан. врачей 1873. стр. 406. Записки по части врачебн. наукъ. 1847 кн. 4. Лѣтопись хирург. Общ. въ Москвѣ 1885. № 5.
Водарскій, Диссертація. 1868. Спб.
Медицинскій Вѣстникъ 1873, № 7. Протоколы Физ.-мед. Общ. въ Москвѣ, 1878, 1879 г. Протоколы Общ. русск. врачей 1878, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887 г. Современная Медиц. 1872, стр. 299.
Московская Медиц. Газета. 1872, стр. 151. 1873, стр. 174, 628, 730.
Фридолинъ, II. Диссертація. 1868. Спб.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Хирургическое леченіе рака матки, при извѣстныхъ условіяхъ, имѣетъ право называться радикальнымъ.

2. Ни одинъ изъ извѣстныхъ методовъ экстирпаціи матки нельзя считать удобоприложимымъ во всякомъ отдѣльномъ случаѣ. Въ этомъ вопросѣ—должна быть строгая индивидуализація каждой больной.

3. Дренированіе раны послѣ экстирпаціи матки имѣетъ много невыгодныхъ сторонъ.

4. Всѣ операціи по поводу заболѣваній женской мочеполовой сферы должны производиться только гинекологами.

5. Во время операціи всѣ должны безпрекословно подчиняться требованіямъ оперирующаго.

6. Обидно за врачебное сословіе, что, по полученіи диплома, на что надо затратить 13—15 лѣтъ (считая здѣсь и гимназическій курсъ), врачъ сплошь и рядомъ для своего прокормленія (sit venia verbo!) принужденъ искать неврачебнаго заработка.—Гдѣ причина этого?

Curriculum vitae.

Врачъ Владиміръ Алексѣевичъ Петровъ—сынъ Протоіерея села Тамлыка, Воронежскаго уѣзда. Первоначальное образованіе получилъ въ мѣстной духовной семинаріи, откуда, по окончаніи общеобразовательнаго курса, былъ принятъ по экзамену на отдѣленіе естественныхъ наукъ физико-математическаго факультета Императорскаго Новороссійскаго Университета и отсюда, по переходѣ на 2-й курсъ, перешелъ на соотвѣтствующій курсъ Императорской Медико-хирургической, нынѣ Военно-медицинской Академіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1883 году.

Начиная съ 4-го курса, въ теченіи трехъ лѣтъ, работалъ въ кабинетѣ экспериментальной патологіи проф. В. В. Пашутина и здѣсь написалъ работу подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о неполномъ голоданіи“. Эта работа удостоена Конференціею Академіи преміи Моторина и напечатана въ протоколахъ ея за 1883 г. Съ 1884 года состоитъ ординаторомъ академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева и съ 5-го марта 1885 года врачемъ-экстерномъ при Маріинской больницѣ для бѣдныхъ. 17-го мая того-же года избранъ дѣйствительнымъ членомъ Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова.

Кромѣ означенной (1) работы, авторъ напечаталъ слѣдующія статьи:

2) Случай солидной опухоли яичника. „Еженед. Клинич. Газета“, 1885 г., № 18.

3) Объ употребленіи въ гинекологіи сухаго рукавнаго душа помощью аппарата Гейтцмана. Тамъ-же, №№ 29 и 30.

4) Критическія замѣтки по поводу книги: Оперативная гинекологія, доцента А. Н. Соловьева. „Русская Медицина". 1885 г., № 46.

5) Къ вопросу о полномъ голоданіи въ различные періоды роста животныхъ. „Русская Медицина". 1886 года, №№ 37—39.

Настоящую свою работу (6) подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о радикальномъ хирургическомъ леченіи рака матки" — представилъ на соисканіе степени доктора медицины.
